FIOCRUZ

RADIS

Nº 16 • OUTUBRO/98

EPIDEMIOLOGIA DA ESPERANÇA

O Estudo das Doenças e o seu Comportamento sobre a População

"ESPE

EPIRIO 98

IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia

FOTO CAC XAVIER

APRESENTAÇÃO

ÁLVARO NASCIMENTO*

FOTO CACO XAVIER

O IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia reuniu 2.147 inscritos no Riocentro, se tornando um dos principais eventos na área de saúde coletiva do País.

Uma ampla vitrine das práticas implementadas na área da saúde coletiva e ao mesmo tempo um fórum coletivo de pensadores nacionais e estrangeiros para, com base nestas práticas, se descortinar caminhos de superação das imensas desigualdades existentes que deterioraram a saúde e a qualidade de vida das populações.

A definição cabe bem para o que significou o IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia, realizado de 1 a 5 de agosto no Riocentro. A presença de 2.147 profissionais de saúde, estudantes e pesquisadores e a apresentação de 1.175 posters, 316 comunicações coordenadas, 57 painéis, 16 palestras, seis mesas redondas, seis conferências e seis oficinas de trabalho, num total de mais de 1.700 trabalhos selecionados pela Comissão Científica, traduzem a magnitude do evento.

Promovido pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) - com o apoio do CNPq, Finep e do Ministério da Saúde - o IV Congresso (que teve como temário "Epidemiologia em perspectiva: novos tempos, pessoas e lugares") tratou dos mais variados temas que de alguma forma se relacionam ou impactam a área da saúde.

Os trabalhos apresentados e debates ocorridos no evento trataram de temas como a relação entre a epidemiologia e a saúde pública, globalização, novos modelos de assistência à saúde, meio ambiente, sistemas de informação em saúde, vigilância sanitária, estratégias de intervenção no setor, relação público x privado, Projeto Genoma, epidemiologia descritiva, modelagem matemática aplicada à saúde, autosuficiência em vacinas, saúde no trabalho, Aids, violência, nutrição, amamentação, tuberculose, saúde do índio e outros, o que comprova o grande leque de assuntos tratados.

FOTO ALVARO FUNCIA

Sergio Koifman, Presidente do IV Congresso.

Sergio Koifman (Professor da ENSP/ Fiocruz e Presidente do IV Congresso) resume a importância do evento:

- O Congresso foi um dos principais eventos na área da saúde coletiva no Brasil. E é fruto da intensa atividade na área da epidemiologia e em áreas correlatas em desenvolvimento no país, bem como uma amostra importante das práticas executadas em diversos outros países, sobretudo na América Latina.

Ele ressalta "as atividades de investigação acadêmica e em serviços de saúde, experiências no campo do ensino e da avaliação de programas, relatos abordando tanto experiências locais como de desenvolvimento teórico em nossos campos de conhecimento" como representativas do universo dos temas abordados.

- O espectro das áreas de interesse de nossa comunidade, refletido nos trabalhos apresentados à Comissão Científica do Congresso, se revelou tão amplo e diversificado que dificilmente se poderia indicar alguma área do campo da saúde coletiva que não estivesse contemplada nas atividades programadas, afirma Sergio Koifman.

Para ele "sendo este o último congresso brasileiro de epidemiologia neste século - e portanto momento privilegiado para uma avaliação à luz da história de nosso legado e dos desafios presentes e futuros - é salutar observar que afloram concepções heterogêneas da prática epidemiológica, estimulando o debate científico e ideológico entre nós".

Outro aspecto importante ressaltado por Koifman diz respeito às diversas tendências que se manifestaram no evento:

- As interpretações do processo saúde-doença e seus determinantes e formas de manifestação não comportam uma única verdade, mas sim múltiplos olhares, diversidade esta assegurada e presente na programação do IV Congresso.

Devido à importância do evento, o RADIS (apesar das imensas dificuldades impostas a cada dia para se produzir com qualidade no setor público brasileiro) consegue mais uma vez disponibilizar a seus leitores um painel sobre os principais temas tratados no IV Congresso de Epidemiologia. Consideramos todos os assuntos tratados como elementos fundamentais de reflexão e implementação de políticas de saúde que resgatem a qualidade de vida de cada cidadão.

* **Álvaro Nascimento** é Coordenador e Editor do Programa RADIS/ENSP/FIOCRUZ.

EPIDEMIOLOGIA: AFINAL, QUE DIABO É ISTO?

FOTO **ALVARO FUNCIA**

"Quem é epidemiologista tem que tornar seu discurso de fácil compreensão e falar no jargão mais fácil e mais acessível à população" • **Armando Raggio**

- Epidemiologia é a aplicação da inteligência sobre os fatos que dizem respeito à saúde, que ocorrem todos os dias com a população. Se existe algum método científico na formação em saúde ele está na epidemiologia. O resto é treinamento, *decoreba* e repetição de provas e tentativas já feitas pelos outros.

A definição do que vem a ser epidemiologia foi dada pelo Secretário de Saúde do Paraná, Armando Raggio,na mesa-redonda que debateu o tema "Epidemiologia: Estratégias de Intervenção em Serviços de Saúde".

Para ele, ser epidemiologista é obrigação de quem lida com saúde "e quem é epidemiologista tem que tornar seu discurso de fácil compreensão e falar no jargão mais fácil e mais acessível à população".

Raggio alertou para o fato de que as pessoas não iniciadas, os vereadores, os prefeitos, os governadores, não sabem sequer o que é epidemiologia, "e nós continuamos com esta *frescura* de repeti-la por toda parte". E propôs a tradução da "palavra" em "estudo da distribuição das doenças e de seu comportamento na população".

Para exemplificar seu pensamento, Raggio disse que, para ele, um dos maiores epidemiologistas do mundo foi Frederich Engels, "que estudando como se dava a reprodução da classe operária na Inglaterra da primeira revolução industrial, produziu o mais precioso tratado de epidemiologia que jamais existiu na face da Terra. E Engels não entendia nada de molécula, de bactéria ou de anatomia. E muita gente que passa a vida inteira estudando molécula, bactéria e anatomia faz uma epidemiologia que não tem novidade nenhuma".

E citou outro, na sua opinião, grande epidemiologista, que foi Sigmund Freud, quando, já com câncer, escreveu "O mal estar da civilização":

- Freud descreveu de forma simples e sensível que há três maneiras de se adoecer: por problemas genéticos herdados ou adquiridos, por agressão da natureza viva ou inanimada e devido às nossas relações, seja homem-homem, seja entre as nações.

Para Raggio, o desafio atual é criar para cada grande área causadora de doenças um projeto:

- Nós não podemos resolver tudo, mas podemos aplicar sobre estes problemas um raciocínio coerente e apresentar um método de trabalho.

Já David Capistrano Filho, do Instituto de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo resgatou a história da geração de sanitaristas dos anos 70 e 80, em particular a formada naquele Estado:

- Nós estávamos nos formando para reformular o sistema de saúde do País e tínhamos na epidemiologia a ferramenta principal para levarmos esse desafio à frente. Já não se aceitava a divisão da rede de saúde em duas: uma que cuidava da prevenção de doenças e promoção da saúde e outra que se destinava exlusivamente à assistência médica e odontológica. Como se houvesse uma contradição entre a chamada saúde coletiva e a clínica. Nosso desafio era superar esta divisão e mudar a lógica do sistema como um todo.

Segundo David, "hoje não existe ninguém sério que defenda a existência de duas redes de serviço, mas isso não quer dizer que o problema tenha desaparecido. Ao contrário, em termos operacionais, essa dicotomia persiste no âmago dos serviços que constituem agora uma rede única".

Ele cita a reedição desta dicotomia em sua forma mais perversa, levada pela carência de recursos:

- É a polêmica entre se priorizar a prevenção e a promoção ou a cura e a reabilitação, quando entram fatores espúrios na discussão, quando se costuma dizer que a prevenção e promoção são baratas e que a reabilitação é cara e o País tem recursos escassos. Os economistas do Governo dizem, nessa hora, que temos de ser realistas e optar entre um e outro.

Para David, a sociedade brasileira ainda não se dispôs a pagar o preço da prevenção e promoção à saúde no Brasil, porque é o preço de fazer uma revolução:

- Precisamos parar com essa conversa de dizer que a prevenção à saúde é mais barata. Isso é conversa pra boi dormir. É conversa de quem quer gastar pouco com saúde, quer gastar menos ainda do que se gasta hoje, concluiu. ■

FOTO **ALVARO FUNCIA**

"Precisamos parar com essa conversa de que a prevenção à saúde é mais barata. Isso é conversa pra boi dormir" • **David Capistrano**

4,2 BILHÕES DE PESSOAS NO PLANETA SÃO CONSIDERADAS 'MAU NEGÓCIO'

Se elaborássemos uma pesquisa para saber qual é a palavra mais pronunciada ultimamente, e cujo significado (mesmo junto a quem a pronuncia) permanece incerto e nebuloso, muito provavelmente chegaríamos a ela: *globalização*. Para Reinaldo Guimarães, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), o conceito de globalização - nascido fora dos meios acadêmicos - ainda é um personagem em busca de um autor.

Reinaldo destaca dois fenômenos associados à globalização, um objetivo e outro subjetivo. O objetivo, segundo ele, é a face mais visível, que gerou por um lado um desenvolvimento científico e tecnológico jamais visto e, por outro, altos índices de desemprego e sub-emprego ("fenômeno mundial", lembra ele) com trágico impacto na saúde das populações. A face subjetiva pode ser percebida através dos conceitos e pressupostos ideológicos neo-liberais, onde não há lugar para todos, criando assim um enorme contingente mundial de 'excluídos'.

O economista Luiz Carlos Prado presta um 'socorro técnico', ao comentar que a palavra globalização tem sido usada de forma imprecisa e dúbia ao longo dos anos. O que vem a ser, então, esse 'monstro' para uns e panacéia universal para outros? Ou ainda, de que maneira esse fenômeno intercepta nossa sociedade e qual é o seu real impacto na vida e na saúde da população? Luiz Carlos responde, mas para isso é preciso 'começar do começo':

- Globalização significa pura e simplesmente integração de mercados, mais especificamente de três tipos de mercados: comercial, financeiro e produtivo - define o economista.

Luiz Carlos conta que, entre 1950 e 1973, o mundo experimentou o crescimento econômico mais rápido da história da humanidade, com baixas taxas de desemprego, progressiva redução da jornada de trabalho e aumento dos direitos sociais. A partir daí, uma sucessão de crises financeiras e econômicas nos países desenvolvidos (principalmente a crise do Sistema Monetário Internacional e a crise do petróleo, em 1974) acarretou uma drástica mudança na economia dos países:

- Dizemos que "o gênio da lâmpada foi libertado", e passou a mover-se ao sabor de seus interesses imediatos (uma metáfora bem-humorada da liberalização do capital) priorizando-se, assim, o desenvolvimento econômico em detrimento do social - diz Luiz Carlos.

"No final da década de 80", continua ele, "uma nova geração de economistas defendia a menor ingerência do Estado e a liberalização da economia". O principal argumento desse grupo era que as mudanças tecnológicas levariam à erosão de obstáculos geográficos e políticos, e essa "globalização" - aí está a palavra em sua acepção primitiva - proporcionaria um crescimento muito rápido do mundo inteiro. O conceito de globalização, então passa a substituir o conceito de desenvolvimento. E ainda, segundo esse novo conceito, as taxas de crescimento dos países em desenvolvimento avançariam muito rapidamente, vindo a encontrar-se, num ponto futuro, com as dos países desenvolvidos. Essa era a teoria.

FOTO **ALVARO FUNCIA**

"A insegurança, o risco e a incerteza passaram a ser compartilhados igualmente por todos" • **Paulo Sabroza**

O que se observa hoje, porém, segundo Luiz Carlos, é que esse processo não é produtivo. "Não há quase crescimento real de investimento internacional", avalia. Para ele, o fenômeno da globalização é, na prática, puramente financeiro e improdutivo, e não um fenômeno comercial, já que o investimento direto internacional é centrado em alguns países, basicamente megamercados - o Brasil é um deles - enquanto grandes regiões do mundo não são interessantes para os investidores.

Segundo ele, nesse sentido o tiro saiu pela culatra: é possível observar, hoje, um aumento das desigualdades mesmo dentro dos países desenvolvidos, a queda do crescimento da economia mundial e o aumento da distância entre países desenvolvidos e em desenvolvimento. Em suma, vivemos uma era de profunda instabilidade econômica, resumida nas manchetes dos jornais diários e nas sucessivas crises das bolsas.

"O mais triste", completa o economista, "é saber que apenas 800 milhões de pessoas em todo o mundo fazem parte desse processo. Mas existem cerca de 4,2 bilhões de pessoas alijadas do progresso e do sistema, uma imensa população 'não financiável', considerada 'mau negócio' para os investidores. O que fazer com ela?" - pergunta, sem esperar resposta.

Paulo Sabroza, professor da Ensp/Fiocruz, também vê com pessimismo o resul-

FOTO **ALVARO FUNCIA**

"O 'gênio da lâmpada' foi libertado e passou a se mover segundo seus interesses imediatos" • **Luiz Carlos Prado**

tado desses conceitos. Analisando a situação pela ótica da saúde pública, Paulo conclui que estamos vivendo uma transição: "o serviço de saúde está na interface entre dois circuitos. Enquanto uns vivem e desfrutam do acesso à alta tecnologia, um outro segmento - altamente produtivo - não tem acesso nem mesmo a direitos sociais ou seguridade social". Ele lembra que o irônico disso tudo é que a insegurança, o risco e a incerteza passam a ser compartilhados por igual, não só por esse segmento inferior, mas por toda a sociedade.

Ainda acerca desse segmento, Paulo é enfático ao afirmar que devemos incorporar novos conceitos de 'emprego' e 'pobreza'. Segundo ele, a noção tradicional de desemprego dá a idéia de que as pessoas não estão fazendo nada, e não é isso o que acontece. "Pelo contrário", reforça, "elas estão agindo de maneira muito mais intensiva, e praticamente sem nenhum custo social. A acumulação, porém, vai para um pequeno grupo populacional".

Paulo cita Carneiro Leão que, em reunião da Unesco, em 91, definiu os parâmetros de uma 'nova pobreza humana'. Tais parâmetros são adaptados a populações que possuem acesso a informações e a uma escolaridade básica, além de estarem expostas aos meios de comunicação. Isso, segundo ele, cria a "consciência da impossibilidade de ascenção social", e por isso a identidade dos grupos vai sendo construída a partir dos imensos contrastes cotidianos, fartamente atestados.

Paulo Sabroza anota algumas características dessa época que vivemos:

• Existiu uma redução dos índices de mortalidade infantil (basicamente por pneumonias e diarréias) mas, por outro lado, perdeu-se o acesso à seguridade social e a uma estrutura familiar.

• Aumentou o acesso a serviços de saúde medicalizantes, diminuindo o risco de morte e minorando o sofrimento imediato, mas a prevalência de doenças que vão acompanhar esse indivíduo pela vida inteira aumentou drasticamente.

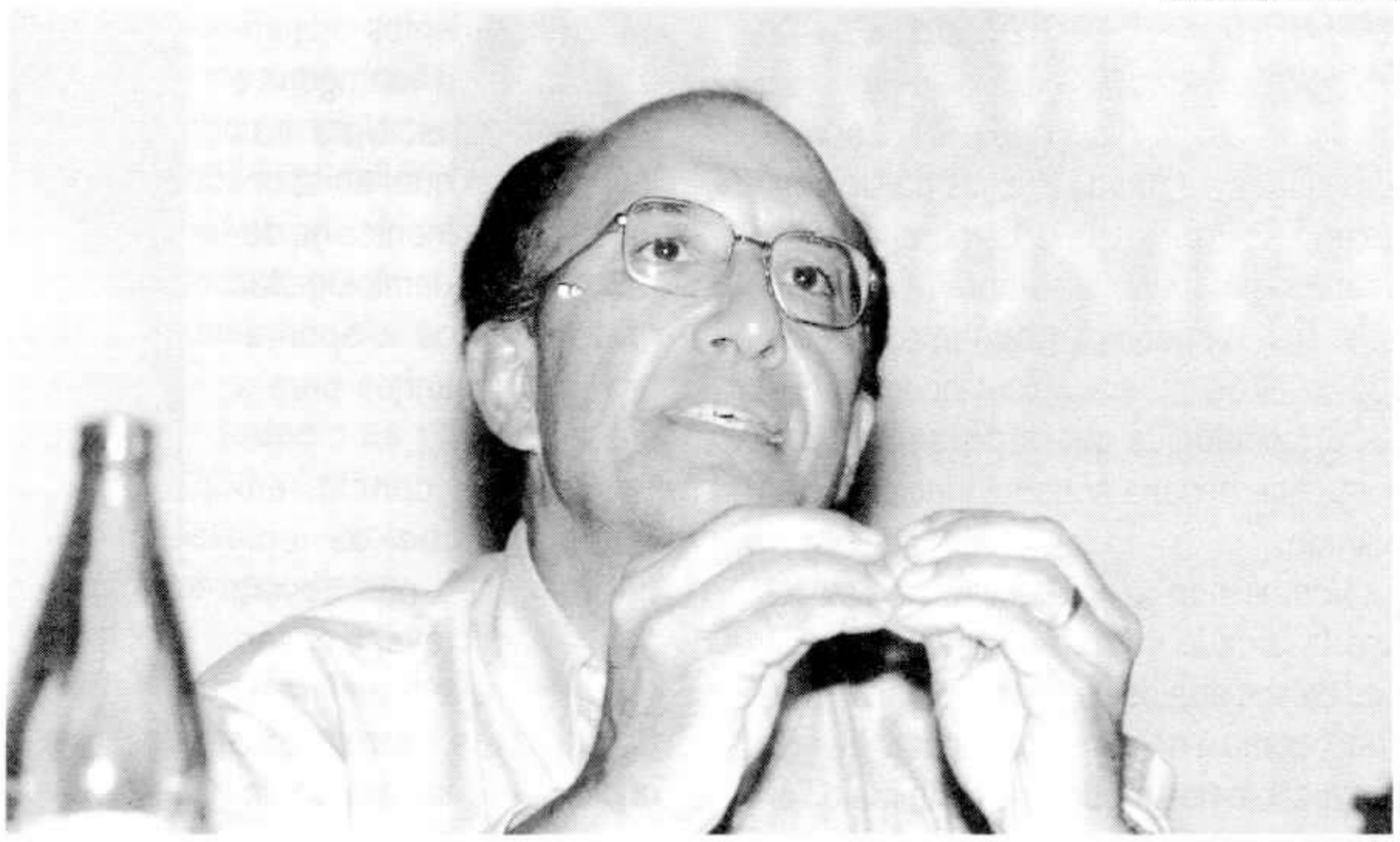
• O aumento da prevalência de algumas doenças passou a ser atribuído ao fracasso dos modelos assistenciais ("discurso ideológico grosseiro, que de tanto ser repetido acaba sendo tomado por verdade" - diz ele), quando o que acontece é que, embora as doenças sejam as mesmas, os processos de alastração são novos, e os sistemas de saúde não estão preparados para resolver esses problemas.

- Enquanto antes discutia-se muito a respeito de formas de controle de doenças, o modelo que passa a se impor agora é o da *contenção* - finaliza o pesquisador. ■

JAIME BREILH

CONSTRUINDO A EPIDEMIOLOGIA DA ESPERANÇA

FOTO **ALVARO FUNCIA**



"A epidemiologia não pode ser encarada como instrumento de cálculo para viabilizar gastos mínimos" • **Jaime Breilh**

- O processo de globalização impôs aos habitantes do planeta a perplexidade de viverem num mundo de possibilidades máximas e felicidades mínimas. A construção de uma epidemiologia da esperança, crítica, que seja uma ferramenta dos excluídos, é a possibilidade de se enfrentar o processo de globalização, no sentido de se chegar a uma Terra mais humana, onde o bem comum seja o principal objetivo a ser alcançado.

A afirmação é do epidemiólogo equatoriano Jaime Breilh, feita durante sua conferência "Os impasses da modernidade e a Nova Epidemiologia", que arrancou aplausos dos presentes ao Congresso.

Ao se definir como "um epidemiólogo dos sem poder, que busca construir uma epidemiologia contra-hegemônica que busca fazer uso do saber para humanizar o mundo e construir uma sociedade mais saudável", ele disse que "a epidemiologia do Brasil é chave para a América Latina, que vive um momento de novo encontro entre a epidemiologia e a biologia".

Breilh disse que a epidemiologia "como uma disciplina científica, não é capaz de modificar por si a realidade" e defendeu a necessidade de se "enfrentar a era privatizante imposta pela globalização com o estabelecimento de metas solidárias", tendo claro que as forças econômicas e políticas são, cada dia mais, "definidoras dos avanços científicos".

Ele ressaltou que "é óbvio que o avanço tecnológico nos encanta, mas não pode se transformar em instrumento para nos colocar de joelhos".

- O debate dos paradigmas não está entre a epidemiologia de risco e a epidemiologia molecular, mas entre uma epidemiologia hegemônica e outra contra-hegemônica, afirmou.

Para enfrentar este momento, ele prpôs um movimento em defesa de uma globalização ética, nascida da interdependência entre vida humana, ética e solidariedade:

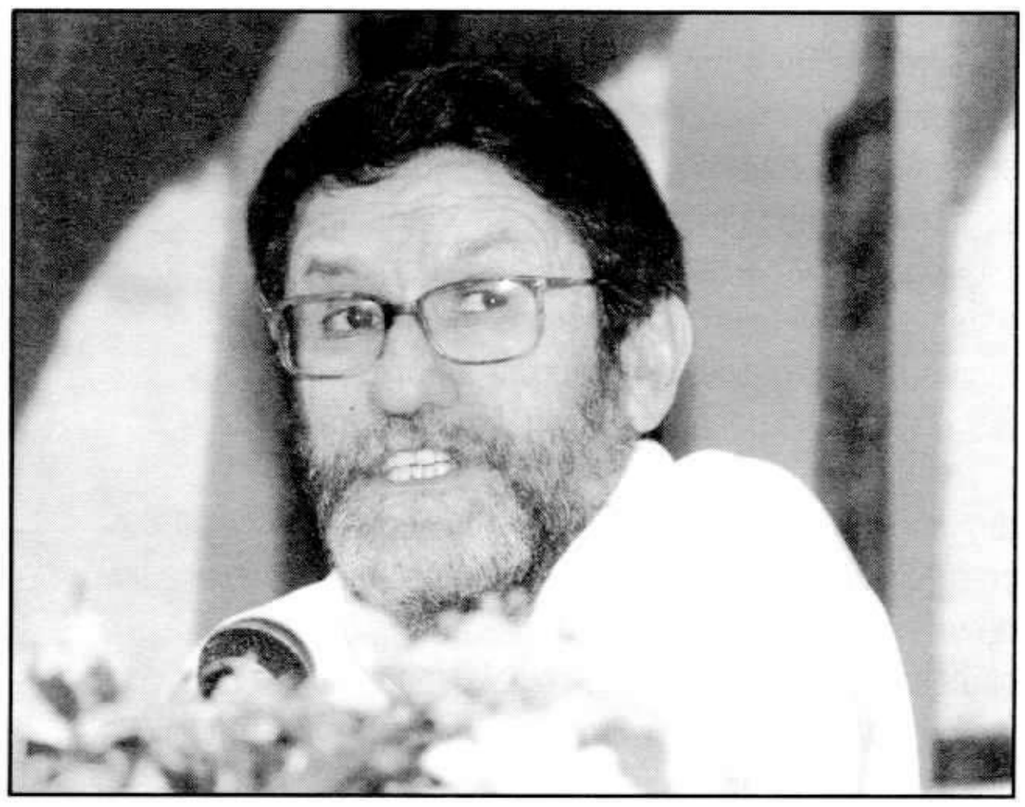
- O lucro de poucos está saindo muito caro para o conjunto. O crescimento dos índices de pobreza mesmo nos países do primeiro mundo comprova isso.

Para Breilh, a epidemiologia não pode abrir mão de construir utopias de longo prazo e um mundo mais humano, livre de domínios e iniquidades:

- O caráter específico e terrível da crise atual é a expropriação da esperança. A epidemiologia dos poderosos reduz sua ação à reforma do sistema. Querem que calculemos o nível mínimo de pobreza suportável pelos nossos povos e querem que enxerguemos estas cotas mínimas como porgressos possíveis. Para que possam implantar esta ideologia, nos exigem que toda lógica coletiva e solidária seja rechaçada, concluiu. ■

OBSERVAÇÃO DEVE APONTAR CAMINHOS PARA A PREVENÇÃO

FOTO ALVARO FUNCIA



"Para incorporar as mudanças da sociedade, a epidemiologia deve também incorporar sistemas interdisciplinares" • **Moisés Goldbaum**

- Qual é o papel da epidemiologia descritiva nos dias de hoje? - pergunta antes de mais nada Ruy Laurenti, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Lembrando que a epidemiologia analítica sempre teve um caráter social, Laurenti constata que, nesse final de século, ela terminou por incorporar técnicas e tecnologias que a distanciaram do assunto que deveria ser seu principal objeto de estudo:

- Vemos que a epidemiologia está um pouco fascinada com a técnica, e hoje um pouco dissociada do contexto social. Por outro lado, como a epidemiologia descritiva não utiliza tecnologias modernas, está meio 'fora de moda'.

O professor insiste na tecla de que a epidemiologia descritiva continuará a existir, não apenas como formuladora de hipóteses, mas como avaliadora, apontadora de programas e alertadora sobre novas doenças. "O que há algum tempo atrás era uma disciplina puramente observacional, hoje em dia deve se tornar também participativa", diz ele.

Assumindo a expressão 'epidemiologia participativa' como uma saudável brincadeira ("não estou propondo uma nova epidemiologia"- diz, sorrindo), Laurenti defende que, para os novos tempo, algumas mudanças já se fazem necessárias:

- Uma 'epidemiologia participativa' deve transmitir para fora da comunidade científica os conhecimentos adquiridos. Isso trará vantagens e desvantagens. Uma das vantagens é que, ao apontar as determinantes da doença, os epidemiologistas estejam aptos a apontar também caminhos para a prevenção.

Laurenti conclui enfatizando que os epidemiologistas não devem apenas descrever e observar, mas "devem ser firmes, participativos, informando o público em geral e apontando caminhos".

Para Maria Fernanda Lima e Costa, da Universidade de Minas Gerais, vivemos uma época em que se nota um ressurgimento no interesse pela epidemiologia descritiva. Segundo ela, isso se deve basicamente a três fatores:

- Em primeiro lugar, hoje em dia existem dados epidemiológicos de boa qualidade disponíveis. Outro fator é a adoção de técnicas e conceitos mais apropriados para a análise desses dados descritivos. E, por fim, o resgate de uma epidemiologia orientada para a saúde pública.

Maria Fernanda é contra a polemização epidemiologia analítica x descritiva, e assegura que "o importante é que se construa um corpo de conhecimentos".

- Nem só o estudo analítico é suficiente e nem só o estudo descritivo. É preciso combinar metodologias - finaliza.

José da Rocha Carvalheiro, da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, complementa esse raciocínio acrescentando que "é impossível fazer uma descrição que não tenha embutida em si um sentido de análise, e não se pode fazer análise sem ter em mãos uma descrição do que ocorreu".

- Para se acompanhar e seguir as metas propostas pela Organização Mundial da Saúde para o ano 2000, por exemplo, não há necessidade de grandes complicações metodológicas nem elocubrações fantasiosas. A mortalidade infantil ainda é o indicador a que se pode recorrer com confiabilidade - diz ele.

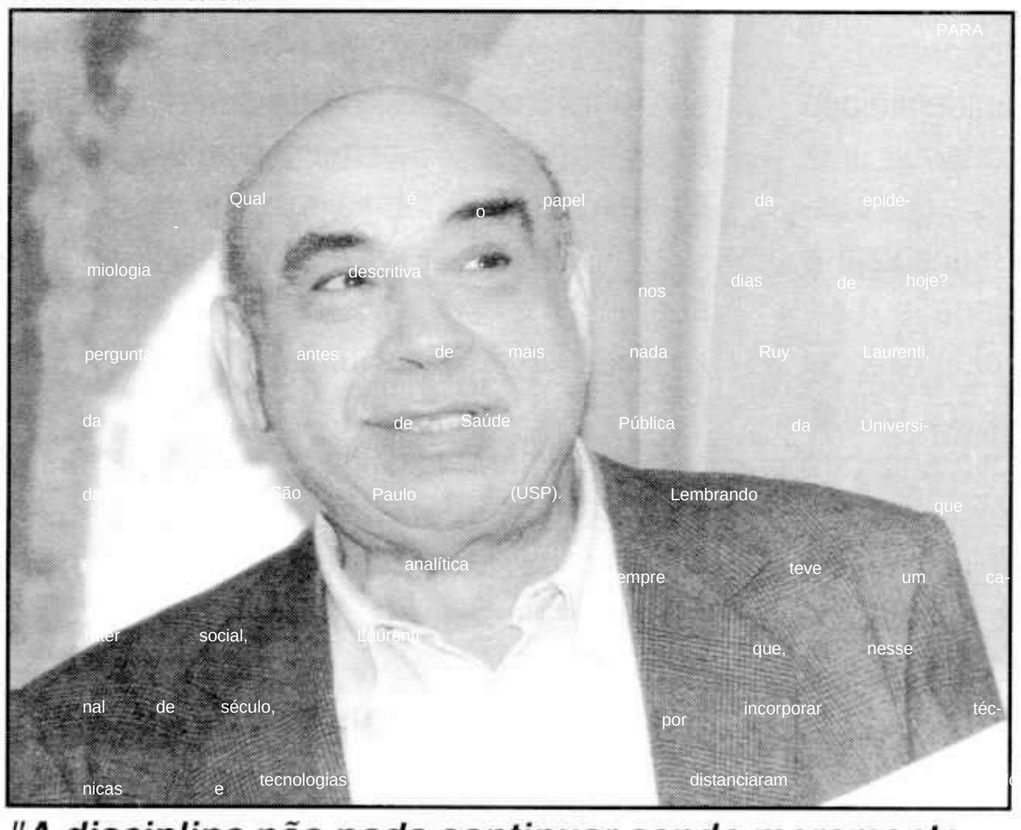
Carvalheiro acompanha a brincadeira de Ruy Laurenti e 'cria' o termo 'epidemiologia pretenciosa', como uma forma de lembrar que deve-se estar atentos para a possível pretensão da epidemiologia em resolver problemas da humanidade que nem as áreas sociológicas conseguiram ainda solucionar.

- O planeta se globaliza, novos agentes biológicos transformam o perfil epidemiológico do mundo e a epidemiologia deve incorporar esses avanços, para isso tratando de incorporar também sistemas interdisciplinares - afirma Moisés Goldbaum, da USP, para quem a busca da eqüidade na saúde tem sido a tônica de todas as discussões do Congresso.

Maria Goretti, diretora da Divisão de Doenças Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde, alerta para o fato de que o conhecimento adquirido não se traduz em atitude por parte da população. "Pelo menos não no tempo que gostaríamos e de que necessitaríamos para a prevenção", lamenta, lançando no ar a pergunta:

- Quando vamos parar de nos preocupar em 'criar epidemiologias' e começar a estudar as questões do comportamento? ■

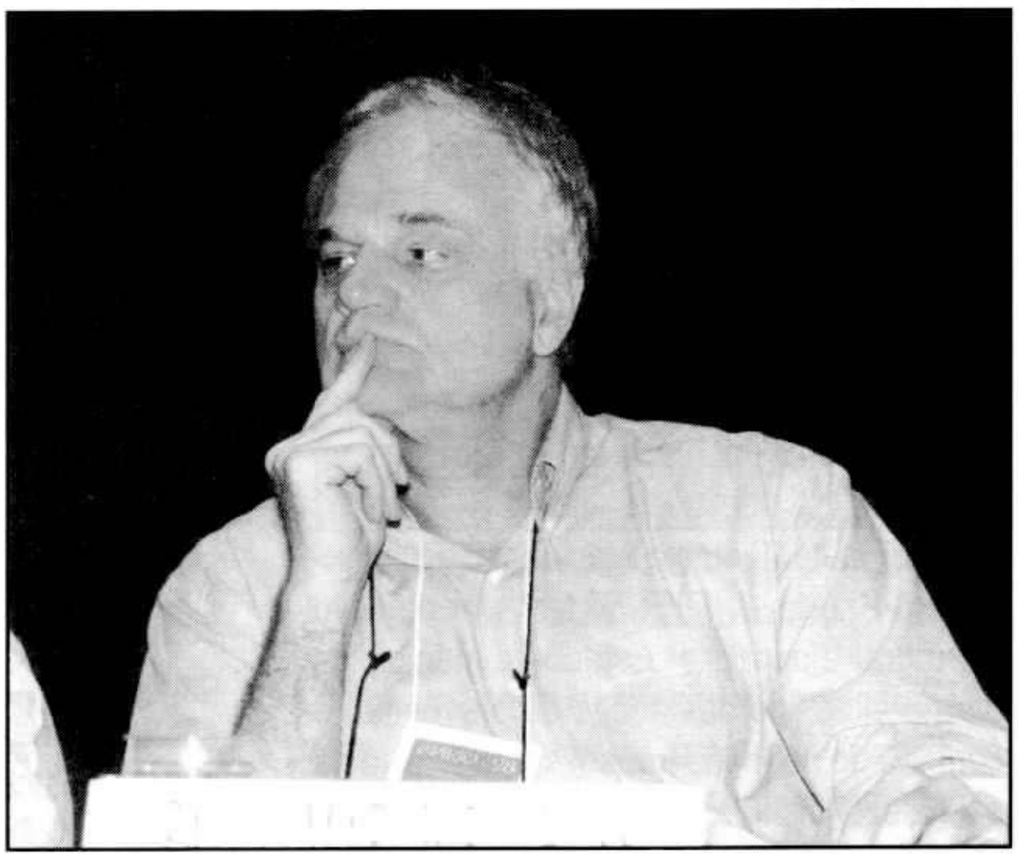
FOTO ALVARO FUNCIA



"A disciplina não pode continuar sendo meramente acadêmica, e sim avançar nas ações de prevenção" • **Ruy Laurenti**

A VERDADEIRA FACE DA CRISE DA SAÚDE PÚBLICA É A DESIGUALDADE

FOTO **ALVARO FUNCIA**



"Todos os profissionais de saúde coletiva devem brigar radicalmente pela eqüidade" • **Paulo Buss**

A verdadeira face da tão falada crise na área da saúde pode ser resumida, para o diretor da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp) da Fiocruz, Paulo Marchiori Buss, numa só palavra: desigualdade.

- Avançamos na expectativa de vida, reduzimos a mortalidade infantil, controlamos doenças infectoparasitárias, desenvolvemos avançadas técnicas de quimioterapia e estamos dando saltos importantes nos estudos da genética, no entanto esses ganhos não foram distribuídos igualmente - diz ele.

Segundo Buss, quando se analisa a sociedade como um todo pode-se perceber claramente que os grupos que possuem mais condições são mais saudáveis, enquanto uma grande parcela da população permanece privada da maioria desses avanços tecnológicos e científicos. "E essa negação da eqüidade está presente em todos os sistemas de saúde do mundo", enfatiza, concluindo que os ganhos na saúde da população, do indivíduo, estão muito aquém do que a sociedade espera e do que o conhecimento teórico e a tecnologia nos deram.

Jairnilson Paim, da Universidade Federal da Bahia (UFBA), concorda com Buss, e acrescenta que a saúde pública tem a cara do país em que ela se desenvolve. "Cada sociedade engendra sua saúde pública", diz ele, lembrando que em 1988 foi elaborado um documento, nos EUA, que pautava uma série de questões relativas ao desenvolvimento da Saúde Pública no mundo. Esse documento, segundo Jairnilson, primava pela ingenuidade nas análises e timidez nas iniciativas, e por causa disso a América Latina o questionou duramente:

- Nem todos os apocalipses que vêm do Norte são nossos. Temos nossos próprios apocalipses - ressalta.

Jairnilson cita esse exemplo para lembrar que é preciso pensar a saúde pública segundo uma perspectiva histórica, sem jamais perder de vista uma análise mais elaborada da sociedade que a engendrou. Para ele, segundo essa lógica, as desigualdades não estão apenas na saúde pública, mas remetem às condições de vida das sociedades, e expõem claramente a forma como essas sociedades decidiram se organizar.

Paulo Buss retoma o tema da eqüidade - o qual infelizmente, para ele, hoje em dia só tem valor retórico - e revela uma outra face do problema: a incapacidade do setor saúde de desenvolver alianças com outros setores governamentais e com a população organizada. "Além disso", afirma, "o sistema de saúde não pode estar centrado o tempo todo no sistema biomédico - assistência à doença". Jairnilson Paim vai mais adiante:

- É comum se pensar em saúde pública apenas quando faltam profissionais e recursos, ou quando as filas da assistência estão insuportáveis. Mas temos que compreender saúde pública como produção de conhecimentos. As intervenções técnicas que se fazem nesse campo estão umbilicalmente vinculadas às práticas econômicas, políticas e ideológicas.

Por essa razão, Jairnilson propõe a seguinte questão: "Essa crise se dá apenas na saúde pública e a epidemiologia está livre dela? Parece que não" - ele mesmo responde.

Paulo Buss defende a partilha de conhecimento com a população, a aliança do conhecimento técnico-científico com a educação popular. "E uma disciplina central para fazer uma avaliação crítica da eficácia da saúde pública", assegura ele, "deve passar pela epidemiologia".

- Devemos construir uma saúde pública baseada em evidências. Devemos convocar a academia para estudar soluções que estão sendo desenvolvidas pelos serviços. Devemos propor aos meios acadêmicos que desenvolvam estudos que apresentem soluções práticas para a população. Uma tese não deve ser escrita para circular entre seus pares ou terminar cravada numa estante de biblioteca, mas deve contemplar o desenvolvimento de técnicas e metodologias que possam ser usadas pelos serviços de saúde - conclui.

Paulo é taxativo ao afirmar que os profissionais de saúde coletiva devem "brigar radicalmente pela eqüidade". Tanto para o diretor da Ensp quanto para Jairnilson, a aliança entre a academia e os serviços de saúde é uma ação fundamental para a melhoria das condições de saúde da população:

- Esse é o impasse a ser trabalhado hoje - diz Jairnilson - Pensar o desafio da práxis.

FOTO **ALVARO FUNCIA**

"Cada sociedade engendra sua própria saúde pública" • **Jairnilson Paim**

SISTEMA NACIONAL VAI COORDENAR AÇÕES EM TODO O PAÍS

CACO XAVIER

A grande novidade - em termos de ação governamental - do EpiRio 98 foi, sem a menor sombra de dúvida, a apresentação ao vivo e a cores do Projeto VIGISUS, elaborado pela Fundação Nacional de Saúde (FNS) e financiado em grande parte pelo Banco Mundial (Bird). O Projeto deverá estar totalmente implementado em sete anos, a um custo total de US$ 600 milhões.

O Projeto 'Sistema Nacional de Vigilância em Saúde' (VIGISUS) tem por objetivo estruturar e capacitar Estados e municípios para o exercício das ações de prevenção e controle de doenças transmissíveis. "A idéia é fortalecer institucionalmente esses organismos, descentralizando as ações e criando estruturas de vigilância em saúde que compreendam cinco áreas básicas: epidemiologia, entomologia, meio ambiente, controle de zoonoses e vigilância sanitária", explica Jarbas Barbosa da Silva Júnior, diretor do Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI).

A apresentação de Jarbas lotou a ampla sala que lhe foi reservada, revelando a ansiedade e o interesse dos congressistas de todo o país que, ao final da exposição, bombardearam o diretor do CENEPI com inúmeras questões. Jarbas não deixou ninguém sem resposta, e mostrou absoluta confiança no Projeto e na sua execução:

- O que mostrei aqui é o que está sendo apresentado nos encontros regionais que estão acontecendo este mês, quando reunimos representantes dos Estados, municípios, entidades governamentais e não-governamentais para debater à exaustão os pontos básicos do Projeto - diz ele.

O VIGISUS, além de estruturar e implementar o Sistema Nacional de VIgilância em Saúde Epidemiológia e Ambiental (SNVE e SNVA), deverá ainda estruturar as ações de prevenção e controle de doenças na Amazônia Legal e desenvolver estratégias de atenção à saúde da população indígena. São esses os quatro pontos básicos nos quais o Projeto se apóia.

"É um novo conceito de trabalho", afirma Sérgio Vianna, responsável por todo o processo administrativo e financeiro do Projeto. Segundo ele, o VIGISUS abrangerá os 26 Estados da União e o Distrito Federal - locais onde serão implementadas o SNVE e o SNVA - incluídos aí 18 Estados que contam com populações indígenas e 9 Estados da Amazônia Legal.

"Teremos três fases de trabalho bem definidas", diz Sérgio, "e para que passemos de fase o Projeto precisará ter cumprido algumas condições estabelecidas pelo Bird". A primeira fase deverá ser cumprida em três anos, enquanto a segunda e terceira fase em dois anos cada. Sérgio conta que o Projeto está em estágio de aprovação final junto ao Banco Mundial, aguardando também parecer do Senado Federal para a publicação oficial:

- A estimativa é que tenhamos o projeto plenamente aprovado já neste início de outubro, para que em 1º de janeiro de 1999 ele seja implementado, como planejado - prevê, com otimismo.

Os *slides* apresentados por Jarbas Barbosa definem os objetivos específicos de cada 'perna' do Projeto:

• **Saúde das Populações Indígenas** - Ampliar o acesso da população indígena à rede de atenção à saúde, através do fortalecimento e da capacitação técnica e adequação cultural dos profissionais das várias instituições que atuam na área, bem como daqueles originários da própria população indígena. Isso deve ser feito de maneira articulada com as estruturas do SUS.

• **Prevenção e Controle de Doenças na Amazônia Legal** - Fortalecer as secretarias estaduais e municipais da Amazônia Legal com investimentos em infraestrutura na rede e em capacitação técnica gerencial, para que elas possam coordenar e executar as ações de controle de endemias importantes na região, como tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose e hepatite B.

• **Vigilância Ambiental** - Capacitar técnica e operacionalmente os órgãos gestores das três esferas de governo para estruturar um Sistema de Vigilância que amplie a capacidade de monitoramento e intervenção sobre fatores do meio ambiente que interferem na saúde do homem (qualidade da água de consumo e do ar, manejo de resíduos perigosos, contaminantes ambientais, etc).

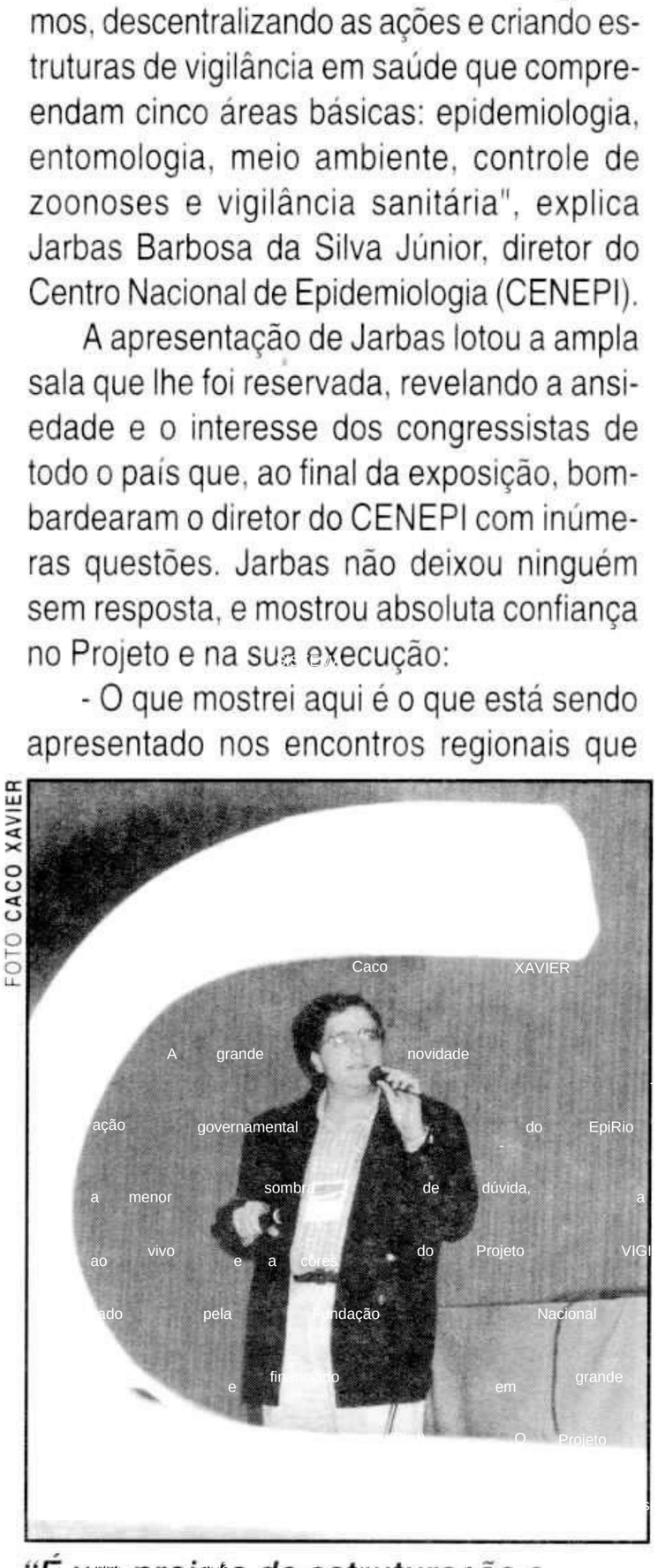
• **Vigilância Epidemiológica** - À semelhança do SNVA, capacitar os órgãos gestores e seus diversos componentes (hospitais, laboratórios, etc) visando a instituição de um Sistema Nacional de Vigilância descentralizado, hierarquizado e com capacidade de ação ampliada, para corresponder às necessidades da crescente complexidade do perfil epidemiológico atual. ■

Você pode obter mais informações sobre o Projeto VIGISUS na *home-page* da Fundação Nacional de Saúde:
http://www.fns.gov.br/pnud/default.htm

FOTO CACO XAVIER

"VIGISUS vai concentrar esforços no controle de endemias que exigem ações governamentais integradas" • **Jarbas Barbosa**

FOTO CACO XAVIER



"É um projeto de estruturação e capacitação" • **Jarbas Barbosa**

ENTREVISTA

Maria Clara Rillos Mendes

Coordenadora da Unidade de Gerência do Projeto VIGISUS

RADIS - Existem ações nacionais de vigilância em saúde, hoje em dia?

◆ Não. O VIGISUS é uma tentativa de coordenar as ações de Vigilância de Saúde dispersas em todo o país, respeitando as necessidades locais e vinculando-as às questões ambientais. Podemos perceber que atualmente as ações tipicamente públicas têm se dado no ambiente restrito hospital/ambulatório, e isso não tem sido suficiente para assegurar a saúde da população.

RADIS - De que modo surgiram as formulações para um projeto dessa envergadura?

◆ As primeiras reflexões surgiram a partir da experiência com os recentes surtos de dengue no País. Notamos nitidamente que os Estados e municípios não estavam aptos a realizar ações de prevenção e controle da epidemia. Chegou-se à conclusão de que necessitaríamos de uma estrutura nacional que pudesse capacitar os gestores para o exercício dessas ações.

RADIS - Que mudanças o Projeto trará para o sistema de saúde, uma vez implementado?

◆ Em primeiro lugar, temos a expectativa de implantar um sistema ágil de informação epidemiológica, onde as esferas federal, estadual e municipal se comuniquem *on-line*, propiciando melhor planejamento e ações mais rápidas e efetivas. Por outro lado, o Projeto trará maior peso a ações hoje praticamente sem tradição no País, como é o caso da própria vigilância ambiental. Os resultados de uma boa política de vigilância entomológica e de controle de zoonoses, por exemplo, são inestimáveis.

RADIS - O que acontecerá após os sete anos previstos para a implementação do Projeto, em relação aos custos da nova estrutura?

◆ A idéia é que o Projeto passe a ser auto-sustentável à medida em que vá sendo implementado. Está previsto que os serviços produzidos sejam passíveis de remuneração pelo SUS, e deve-se tentar inclusive redirecionar recursos para elevar a tabela.

RADIS - Que tipo de condicionantes o Banco Mundial estabeleceu, a serem cumpridas durante a implementação do VIGISUS?

◆ Teremos que atingir alguns indicadores de êxito, para passar de uma fase a outra do Projeto. E também indicadores financeiros. Precisamos ter comprometido o mínimo de 75% do orçamento referente à primeira fase, por exemplo, para passarmos à segunda. Isso significa que, uma vez atingidos tais indicadores, uma fase a princípio prevista para dois anos pode ser realizada em menos tempo. Essa é a nossa intenção. ■

FOTO CACO XAVIER

Auditório lotado e muitas perguntas: VIGISUS é a grande novidade

O SUS E A EPIDEMIOLOGIA

***"O que é epidemiologia** no SUS?"* Quem espera uma resposta simples e direta a essa questão, proposta pelo professor universitário e atual superintendente da Secretaria de Saúde de Minas Gerais, Benedito Scaranci Fernandes, poderia se surpreender diante do extenso debate que se formou a partir dela.

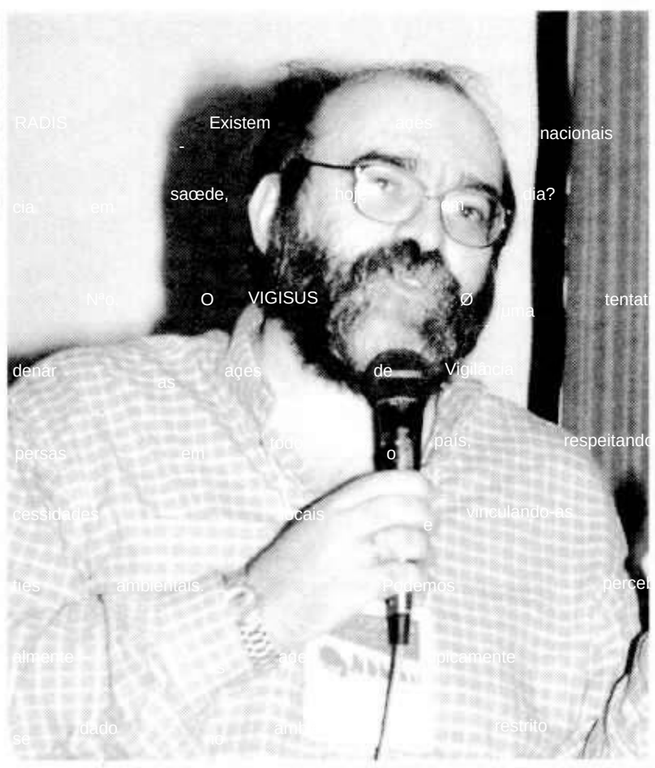


FOTO CACO XAVIER

"Epidemiologia deveria ser instrumento do SUS"** • **Benedito Scaranci

Segundo ele, o SUS deveria estar usando a epidemiologia como instrumento, contribuindo efetivamente para as ações do Estado. Eliana Maluf, da Secretaria Municipal de Curitiba (PR), acrescenta por sua vez que os gestores dos serviços têm tentado fazer com que a epidemiologia saia do plano 'diagnóstico' e passe para o plano decisório, contribuindo de maneira mais eficaz para as ações de saúde. "E isso tem sido feito", reitera, enfática.

Não é o que pensa o professor Scaranci, para quem, na realidade, a epidemiologia tem atuado apenas como vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis: "O planejamento que temos hoje, nos três níveis de governo, é mera programação. Essa programação deveria ser um dos instrumentos do planejamento, e não tomar o seu lugar", diz ele.

Para Jarbas Barbosa, diretor do CENEPI, não é uma boa experiência tentar repetir nos Estados o que acontece no nível federal. Para ele, essa orientação vertical não tem nada a ver com a idéia original do CENEPI:

- Cada nível de governo deve encontrar a melhor maneira de praticar a vigilância epidemiológica - diz.

Jarbas confirma que essa vigilância ainda é pontual, operando em uma área onde o potencial dos sistemas nacionais de informação (SIMS, SINAS, SINAN) ainda está começando a se desenvolver. "Nossa meta próxima é que o Boletim Epidemiológico - revista científica indexada de maior tiragem do Brasil, cerca de 20 mil exemplares - passe a ser um meio de informação e comunicação de normas bem mais ágil", assegura.

Segundo ele, O CENEPI está destinando recursos para a qualificação de decodificadores nos diversos níveis de gestão, passo importante para que a vigilância epidemiológica se torne o instrumento a serviço da saúde pública reivindicado por Scaranci.

- O sistema de informação tem que ter flexibilidade para servir a um só tempo ao município e ao governo federal. Saímos do XT para o Pentium II, mas o sistema ainda não está pronto para uso, para que se promova uma efetiva descentralização, basicamente por falta de qualificação - finaliza Jarbas. ■

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

A AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DA CRISE

FOTO **CACO XAVIER**

"Vou propor um seminário para debater a criação da Agência Nacional de Saúde " •
Gonzalo Vecina

ÁLVARO NASCIMENTO

Falta de estrutura material, de recursos humanos capacitados e de estímulo aos profissionais. Esta é a realidade encontrada pelo Secretário de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, o sanitarista Gonzalo Vecina Neto, dias depois de assumir o cargo.

Em debate sobre o futuro da Vigilância Sanitária, ele foi claro ao afirmar que "eu não sou do ramo" e que não possui um projeto para o setor, mas que pretende ouvir universidades, instituições e estudiosos do assunto para definir uma atuação para a área:

- Identifico algumas linhas de ação, como a utilização de Câmaras Técnicas, como a de medicamentos, que está funcionando bem e tem dado uma resposta boa. Essa seria uma alternativa a curto prazo. Estou pedindo a colegas que me ajudem a fazer um diagnóstico que aponte metas de curto prazo. As coisas têm uma dinâmica muito rápida na Vigilância Sanitária e tenho medo de cometer algum erro, particularmente em áreas sensíveis como a de sangue e hemoderivados.

Em relação à criação da Agência Nacional de Saúde, ele disse que pretende criar uma estratégia para discutir a proposta:

- Eu não conheço a FDA americana, não conheço a agência francesa, não conheço a agência espanhola, enfim, não conheço nenhuma agência. Só as de banco. Mas tem gente estudando isso profundamente e há uma proposta ficando pronta no Ministério.

Segundo ele, a proposta da Agência pode ser dividida em três pedaços: o conceitual (que envolve a missão da Agência), o pedaço administrativo e o de recursos humanos:

- No pedaço administrativo é essencial a autonomia gerencial, agilidade para compras, para contratar, para buscar assessorias, valor de dispensa de licitação que é o dobro da Lei 8.666, chegando a R$ 16 mil; modelo autáqruico com a mesma autonomia da administração direta, uma Diretoria que tem renovação periódica com estabilidade dos sete diretores durante o período de mandato, plano de carreiras inteligente para trazer pessoas e criar uma burocracia estável por concurso. Assim, embora não conheça outros modelos, estou bem impressionado com o desenho do pedaço administrativo do que será a Agência.

O Secretário prometeu que a proposta será colocada em discussão pública junto a universidades, indústrias e o conjunto da sociedade poderá opinar sobre a proposta dela:

- Vou propor ao Ministro da Saúde, inclusive, a realização, na Fiocruz, de um seminário para se discutir a proposta que vier a ser estruturada. No primeiro componente, relativo à missão da Agência, estamos perdidos. Aqui será fundamental a participação da sociedade para agregar as suas propostas naquilo que deve vir a ser um órgão central da vigilância sanitária e os respectivos papéis dos estados e municípios.

Em relação à interface da Vigilância com outros setores, Gonzalo Vecina disse que não tem opinião formada:

- Produtos, drogas e correlatos, serviços, saúde do trabalhador, na verdade o que compõem o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária? Como ficam as interfaces dentro do Sistema com o Ministério da Indústria e Comércio via Inmetro? E com o Ministério da Agricultura e do Meio Ambiente, incluindo o Ibama, todas as questões ligadas à água, lixo, etc? Como fica a interface com o Ministério do Trabalho na questão da saúde do trabalhador? E dentro do próprio Ministério da Saúde, com a Fundação Nacional de Saúde e Secretaria de Assistência à Saúde? São dúvidas para as quais ainda não encontrei resposta.

Para o Secretário, este é um momento importante para se repensar a questão da própria vigilância epidemiológica. Quanto ao espaço a ser ocupado pela Agência dentro das diretrizes da descentralização do sistema de saúde, ele afirma que "há experiências interessantíssimas que estão acontecendo a nível dos municípios, como vi agora no Congresso dos Secretáriios Municipais de Saúde de São Paulo. Até mesmo em municípios como Santos, onde houve uma mudança radical de governo nas últimas eleições municipais, se mantém até hoje um sistema de vigilância muito bom".

Em relação à exiguidade de tempo para se ampliar o debate junto às instituições e a sociedade, Vecina foi enfático:

- O atual momento impõe a nós, que militamos na saúde pública, uma questão sempre difícil de ser tratada, que é o fator tempo. Nossas discussões em geral são intermináveis. Desta vez, no entanto, teremos pouco tempo para discutir a Agência. Quero dizer, no entanto, que acredito ser possível realizar este debate no tempo necessário, pois acúmulo não nos falta. Acredito que no prazo de um a dois meses possamos ter uma proposta concreta.

Para ele, o Ministro José Serra está disposto a ouvir as instituições e os estudiosos do setor:

- Há a disposição do Ministro de encaminhar o projeto via Medida Provisória, o que faria a Agência entrar em funcionamento por volta de dezembro deste ano. É lógico que riscos haveremos de correr, no sentido do atabalhoamento da implantação da proposta. Mas talvez valha a pena.

Gonzalo fez questão de deixar claro "que não estou subordinando nenhum movimento de aprovação da Agência a estas audiências com instituições e técnicos com quem estamos querendo contato" e que a Agência será implantada no prazo devido mesmo que estes debates não sejam conclusivos.

Sobre o grande número de denúncias relativas à área, o Secretário viu nelas um fato positivo:

- As denúncias são importantes, devendo ser uma prática contínua da sociedade e das instituições. É fundamental chamar às falas o dirigente público sempre que ele estiver se desviando de seu papel de servir ao público. É uma colaboração fundamental. ■

A Dicotomia Público x Privado

AS 71 MORTES NA HEMODIÁLISE DE CARUARU E OS 18 ÓBITOS DO SORO CONTAMINADO

Ao analisar as providências tomadas pelos distintos setores do aparelho sanitário envolvido, a cobertura da grande mídia e as conseqüências sobre os cidadãos dos episódios que cercaram a morte de 71 pacientes que faziam hemodiálise em Caruaru e das 18 mortes ocorridas em decorrência do uso de um soro contaminado, ambos os fatos ocorridos em Pernambuco, constata-se a existência de duas éticas diferenciadas que regem o cotidiano do trabalho em saúde, apesar de os dois episódios terem resultado em agravos de natureza semelhante para a saúde da população.

A conclusão foi apresentada por Djalma Melo Filho (da Escola de Saúde Pública de Pernambuco) e por Heloisa Mendonça de Morais (do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pernambuco), autores da pesquisa "A tragédia da Hemodiálise de Caruaru e o Acidente do Soro em Recife: considerações em torno da antinomia público/privado na prestação de serviços de saúde".

Os dois pesquisadores tomaram para análise dois registros epidemiológicos, ambos no Estado de Pernambuco, de altíssima relevância para a saúde coletiva e que sacudiu a opinião pública não só daquele Estado como do País.

Os 71 óbitos em Caruaru ocorreram de fevereiro de 1996 a setembro de 1997, atingindo os pacientes que se contaminaram em máquinas de hemodiálise em hospitais da rede conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Já os registros dos casos dos acidentes tromboembólicos seguido de óbito de 18 pessoas, em decorrência do uso do soro contaminado em pessoas que ao se submeterem a algum procedimento cirúrgico fizeram uso de solução Ringer Lactato, do Laboratório Endomed; ocorreram de agosto a setembro de 1997 em hospitais da rede privada do Recife.

Djalma Melo Filho explicita a dicotomia público x privado existente já na definição dos dois episódios que marcaram a conjuntura da saúde em Pernambuco:

- Nós tomamos para análise dois eventos referentes à saúde da coletividade e que tiveram ampla divulgação nos meios de comunicação. Não por acaso, os dois episódios assumiram as expressões "tragédia da hemodiálise" e "acidente do soro".

Segundo Heloisa de Moraes, "tanto no que diz respeito aos processos de notificação dos eventos, às formas de participação societária que identificam a sua monitoração ou quanto aos distintos interesses que se fazem presentes no decorrer de ambas as investigações epidemiológicas, encontramos elementos comprovatórios da hipótese que orientou nossa investigação: a de que a dicotomia público x privado presente nos serviços de saúde envolvidos em ambas as circunstâncias se constitui numa categoria explicativa por excelência para o entendimento dos fenômenos em toda a sua complexidade".

Já para Sandra Caponi, do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, que analisou a relação "público e privado em tempos de epidemia", existe neste período uma sobreposição das fronteiras entre os dois, pois os indivíduos e as populações ficam sob o registro da "necessidade".

- Não há, como se poderia imaginar, uma submissão do âmbito privado ao âmbito do público, mas sim uma sobreposição, afirma ela.

O objetivo de seu trabalho foi analisar como se vinculam o público e o privado em tempos de epidemia, a partir do estudo de dois surtos epidemiológicos (um real, outro imaginário), a partir dos métodos de análise utilizados por Hannah Arendt.

Sandra Caponi se aprofunda na análise "das oposições entre público e privado e até que ponto elas podem contribuir para problematizar uma situação concreta e limite: a emergência criada nesse momento preciso em que um surto epidemiológico atinge uma cidade e muda inteiramente a vida de seus indivíduos e de sua população".

O objetivo do trabalho, segundo sua autora, "é analisar o que muda no cotidiano, no modo de existir desses sujeitos e como se vinculam o que é público e privado nessa situação de emergência". Para isso, Sandra Caponi diz que foi necessário "desviar um pouco o olhar das estatísticas e tabelas para nos determos em um recurso alheio aos dados objetivos e aos números". No lugar dos informes estatísticos, ela se debruçou sobre as narrativas históricas e literárias como um recursos auxiliar para a análise dos fatos sociais associados aos surtos epidemiológicos. ■

FOTO **ALVARO FUNCIA**

"Em tempos de epidemia, o privado não se submete ao público. Suas fronteiras se sobrepõem" • **Sandra Caponi**

FOTO **ALVARO FUNCIA**

"Tragédia da hemodiálise" x "acidente do soro" • **Djalma Melo Filho**

"EPIDEMIOLOGIA ANTES, DURANTE E DEPOIS"

ROGÉRIO LANNES ROCHA

Reunidos para abordar o tema

"A epidemiologia e os novos modelos de assistência à saúde", dois veteranos da saúde pública, José Carlos Seixas e David Capistrano da Costa Filho, defenderam a relevância da epidemiologia como base para a formulação e implementação de modelos assistenciais que busquem a atenção integral à saúde da população.

- Tenho a convicção de que é preciso novos modelos de assistência mais diversificados. Existem circunstâncias históricas muito claras mostrando que o velho, ou o atual, é insuficiente para a satisfação das novas necessidades sociais - iniciou José Carlos Seixas, da Superintendência de Controle de Endemias da Secretaria de Saúde de São Paulo.

Segundo ele, se o modelo assistencial não der conta das possibilidades e intensidades de risco geradas pelas circusntâncias de vida atuais da humanidade, "com seu aglomeramento e com a sua intensidade de comunicação", estas circunstâncias epidemiológicas que afetam a coletividade não serão satisfatoriamente enfrentadas e superadas, além de haver uma perda do controle sobre o que já foi objeto da assitência, surgindo quadros epidemiológicos que se supunha superados.

- Há uma visão ética na humanidade, hoje, de que a assistência tenha que ser integral para cada um e para todos e o modelo tradicional não vinha dando conta desta possibilidade - afirmou.

A mudança da assistência deve começar, em sua opinião, pela substituição do objeto para o qual está voltado o modelo.

- Deve haver uma mudança total, com a incorporação deste indivíduo no seu contexto social, como um objeto coletivizado. E é indiscutível que quem é capaz de embasar cientificamente esta possibilidade não são nem os processos mercadológicos, nem a busca de um detalhamento analítico comum na clínica e na cirurgia, mas a epidemiologia e a ecologia - entende Seixas.

FOTO ALVARO FUNCIA

"Sem agente de saúde, recapacitação e participação comunitária não há Saúde da Família" • **Capistrano**

Após uma breve explanação sobre o funcionamento e os resultados alcançados pelo Projeto Qualidade Integral em Saúde (Qualis) do Ministério da Saúde, implementado pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SES-SP), David Capistrano analisou o Programa de Saúde da Família (PSF) da SES-SP, por ele coordenado.

- Montamos um programa na cidade de São Paulo que garante a integralidade da atenção, que é um dos princípios do Sistema Único de Saúde. Mas o importante também é que a lógica e o método da epidemiologia participam antes, durante e depois neste novo modelo técnico-assistencial - avaliou.

A epidemiologia está presente, segundo ele, no conhecimento preliminar dos indicadores e da realidade sanitária da população; no conhecimento específico da situação de cada área ou micro-área, através do cadastramento realizado pelos agentes comunitários de saúde; e também em todo o processo de avaliação do projeto.

- A lógica da epidemiologia é o coração da chamada lógica da saúde coletiva. No Programa de Saúde da Família, ela enfrenta o difícil convívio com a lógica da clínica, que é uma ciência do concreto singular, que tem máximas como "não há doenças, há doentes", ou "cada caso é um caso", o que também é verdade. De uma certa forma, o objeto de atenção do Programa é a coletividade, mas também as pessoas - explicou David Capistrano.

Em sua análise, isso demanda uma difícil mudança na prática dos médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, mas que tem sido facilitada pela introdução do agente comunitário de saúde nas equipes, que funciona como um elemento "perturbador", por ter a lógica do cliente, do usuário.

- Não queremos transformar o agente em auxiliar de enfermagem. O papel dele é estar integrado à comunidade e fazer a ponte entre suas necessidades e a equipe, mesmo com um certo grau de tensionamento, discutindo estes casos nas freqüentes reuniões de equipe e interferindo com seu conhecimento da realidade na solução das questões - afirmou David Capistrano.

Ele foi categórico: "sem o agente de saúde não há Programa de Saúde da Família". E destacou também a necessidade da recapacitação de todos os profissionais para este tipo de trabalho e a indispensável participação da população, "não como ornamento, mas através da mobilização e interferência dos moradores de cada comunidade". ■

FOTO ALVARO FUNCIA

"Há uma visão ética hoje de que a assistência deve ser integral para cada um e para todos" • **Seixas**

OS RISCOS NA BUSCA DA VACINA

ÁLVARO NASCIMENTO

A busca de uma vacina eficaz contra a pandemia de Aids que se espalhou pelo mundo, que a princípio é encarada como passo essencial para se conter a proliferação da doença, pode vir a se transformar apenas em mais um dos inúmeros exemplos de iniquidade na distribuição de cuidados à saúde já existentes hoje entre ricos e pobres.

A afirmação é de José da Rocha Carvalheiro, do Instituto de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, que tem acompanhado de perto a evolução das negociações a nível internacional dos testes para se chegar a uma possível vacina contra a Aids.

Segundo ele, à medida em que a Aids se espalhou pelas várias regiões do planeta, surgiram inúmeras propostas de controle:

- O esforço para eliminar a discriminação e o estigma contra grupos específicos da população não foi capaz de evitar que as vítimas continuassem a ser criminalizadas, afirma Carvalheiro.

Ele cita o anúncio de idéias espantosas que tiveram sua utilização prática justiificada pelos "princípios de defesa sanitária":

- Inserem-se neste contexto o confinamento dos infectados, a quarentena de pessoas recém-chegadas do exterior, a exigência de exames sorológicos para migrantes ou candidatos a empregos. Finalmente, surge a proposta de se buscar uma vacina contra a doença, através de um esforço internacional.

Segundo ele, desde que se iniciaram estes esforços em prol de uma vacina, existem dúvidas a respeito de sua viabilidade:

- Não seria uma tarefa das mais simples inventar um agente imunizante contra a infecção por um vírus que atua precisamente nas células do sistema imunonógico. Por isso, estas dúvidas persistem em algumas cabeças, apesar de grandemente amainadas pelos avanços que já foram conseguidos, inicialmente em modelos animais utilizando macacos, chipanzés e posteriormente no homem.

De acordo com os estudos apresentados por José Carvalheiro, nos animais foi possível usar a tática do *desafio*, inoculando-os com vírus HIV vivos após terem sido "vacinados". Já no homem, após os ensaios clínicos para avaliar a segurança do procedimento (a chamada fase I) e comprovar a imunogenicidade (fase II), "não é possível propor desafios".

- Em respeito aos princípios éticos da pesquisa, diz ele, a solução é passar para ensaios em grande escala, de eficácia, no que seria a fase III.

Mas é justamente nesta fase que ele identifica problemas sérios no processo que poderá levar à vacina:

- A proposta eticamente viável desloca o problema para outro âmbito, sem no entanto resolvê-lo. Em vista das dúvidas persistentes a respeito dos riscos para os voluntários inoculados, países industrializados negaram durante muito tempo autorização para a realização de testes em seus territórios. No momento atual, essa proibição já não existe e voluntários norte-americanos e tailandeses, pertencentes a grupos de alta vulnerabilidade, estão sendo inoculados com um produto *candidato a vacina*. O mundo acompanha com atenção redobrada esta iniciativa, que pode ser encarada como passo essencial para se conter a epidemia, mas que também pode vir a se transformar em uma nova manifestação da iniquidade no tratamento a ricos e pobres que vivem em nosso planeta - diz Carvalheiro.

Para se ter uma idéia da polêmica existente sobre o assunto, ele cita o exemplo de que há uma proposta de se exigir um tratamento com medicamentos de última geração e assistência completa com o que existe de mais avançado até então descoberto para os voluntários que participarem dos testes da vacina anti-HIV, mesmo que eles vivam em países pobres, e que venham eventualmente a se infectar.

Enquanto parte dos cientistas e autoridades acham a proposta justa (na medida em que estes voluntários estariam colaborando para o bem estar e a qualidade de vida do conjunto dos habitantes do planeta), outros defendem que, caso se infectem, estes voluntários devam ter a assistência já assegurada ao conjunto das populações de seus países, sem maiores "regalias". ■

FOTO **ALVARO FUNCIA**

"A proposta eticamente viável desloca o problema para outro âmbito, sem no entanto resolvê-lo" • **Carvalheiro**

A cronologia da Aids

1981
Os Centros de Controle de Doenças e Prevenção (CDCS) dos EUA relatam os primeiros casos de "câncer gay" e Grid (Imunodeficiência relacionada aos gays).

1983-1984
São identificados os agentes etiológicos da doença: LAV e HTLV-III

1987
Passa-se a usar o AZT

1991
Passa-se a usar o DDI

1995
Surge o Saquinavir

1996
Surge o Ritonavir e o Indinavir

A SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

A epidemia de Aids passou a ter como característica no Brasil a interiorização (já são 2.400 os municípios que registram a presença do doença), a feminilização (com o crescimento do número de casos entre as mulheres) e a pauperização (com a elevação de casos na população mais carente).

A conclusão é do epidemiologista Euclides Ayres de Castilho, da Divisão de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids do Ministério da Saúde, com base na "Avaliação da Situação Epidemiológica da Aids", tema de sua palestra no Congresso de Epidemiologia.

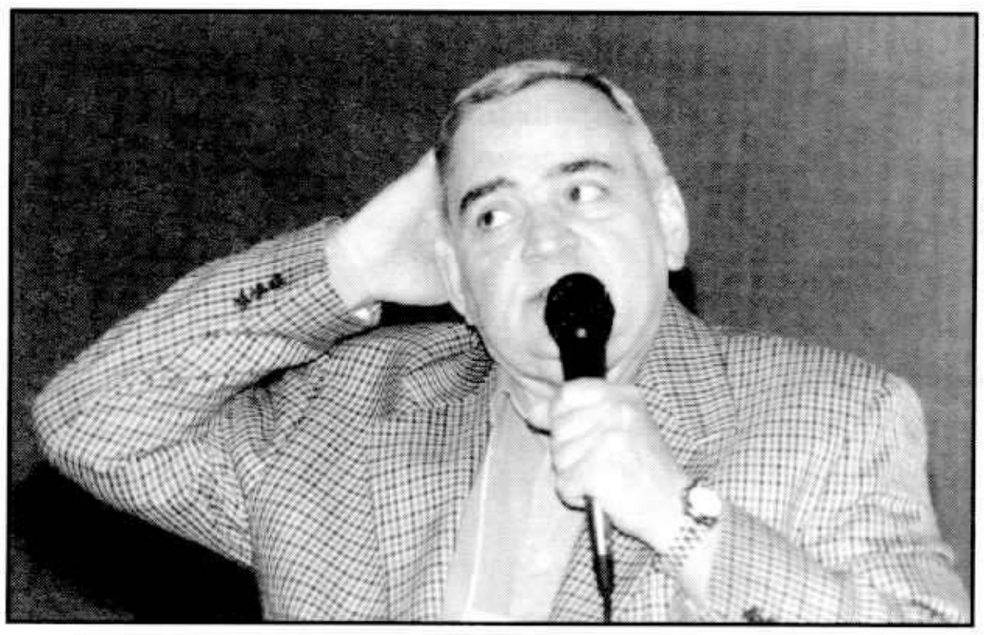


FOTO ALVARO FUNCIA

Euclides Castilho: ***interiorização, feminilização e pauperização da epidemia de Aids.***

Segundo ele, no Brasil já são 56 mil os pacientes em tratamento e a subnotificação hoje é pequena devido ao impacto trazido pela distribuição gratuita dos medicamentos.

Euclides apresentou uma série de dados sobre a expansão da Aids no Brasil e no mundo, incluindo estimativas da Organização Mundial de Saúde e da Unaids em relação aos novos casos registrados em adultos e crianças; e o número de mortes causadas pela Aids, ambas durante o ano de 1997.

Ele anunciou que novos dados e a política que está sendo desenvolvida pelo Brasil na área pode ser encontrada no endereço eletrônico **http:\\www.aids.gov.br**, mantido pela Divisão de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (DST) do Ministério da Saúde. ■

Número estimado de mortes por Aids em adultos e crianças - 1997

América do Norte - 44 mil
Caribe - 45 mil
América Latina - 160 mil
Europa - 30 mil
Leste Europeu e Ásia Central - 100 mil
Leste da Ásia - 180 mil
Sul da Ásia - 1,2 milhão
Austrália e Nova Zelândia - 600
Norte da África - 19 mil
África Sub-Sahariana - 4 milhões

Fonte: Unaids/ONU e OMS

Número estimado de mortes por Aids em adultos e crianças - 1997

América do Norte - 29 mil
Caribe - 18 mil
América Latina - 81 mil
Europa - 15 mil
Leste Europeu e Ásia Central - < 1 mil
Leste da Ásia - 5 mil
Sul da Ásia - 250 mil
Austrália e Nova Zelândia - 700
Norte da África - 13 mil
África Sub-Sahariana - 1,8 milhões

Fonte: Unaids/ONU e OMS

SOBREVIDA: HOSPITAL ANALISA 927 CASOS

Estudo realizado por profissionais do Serviço de Epidemiologia do Hospital dos Servidores do Estado, no Rio de Janeiro, mostra que a sobrevida média geral dos pacientes portadores do vírus da Aids é de 1.366 dias a partir da data do diagnóstico. Uma comparação da curva de sobrevida levando em consideração o sexo, a idade e a presença ou não de qualquer forma de tuberculose, mostra que o sexo masculino (83,5% dos casos) apresenta um tempo médio de sobrevida de 1.332 dias e o feminino de 1.534.

Em relação à idade, a sobrevida média dos pacientes foi de 1.227 dias para casos notificados com 35 anos ou mais (51,3% da amostra) e de 1.465 dias para aqueles abaixo de 35 anos.

Já em relação à tuberculose (31,93% dos casos), a sobrevida média foi de 1.321 dias, enquanto nos pacientes sem tuberculose foi de 1.368 dias.

Para Haroldo Matos, que apresentou a análise no Congresso de Epidemiologia, "embora esses dados não tenham apresentado significância estatística quanto à comparação dos tempos de sobrevida, representam um dado básico importante para análises mais aprofundadas por intervalos de tempo, bem como para linha de base em função de novas variáveis importantes do ponto de vista biológico". Para ele, o estudo - que analisou a sobrevida de 927 pacientes do HSE - "pode servir de parâmetro adicional na atenção à saúde a nível hospitalar". ■

FOTO ALVARO FUNCIA

"Estudo do HSE serve de parâmetro adicional à atenção hospitalar a soropositivos" **• Haroldo Matos**

HOUVE DEMORA EM SE ENXERGAR A AIDS COMO UMA PANDEMIA

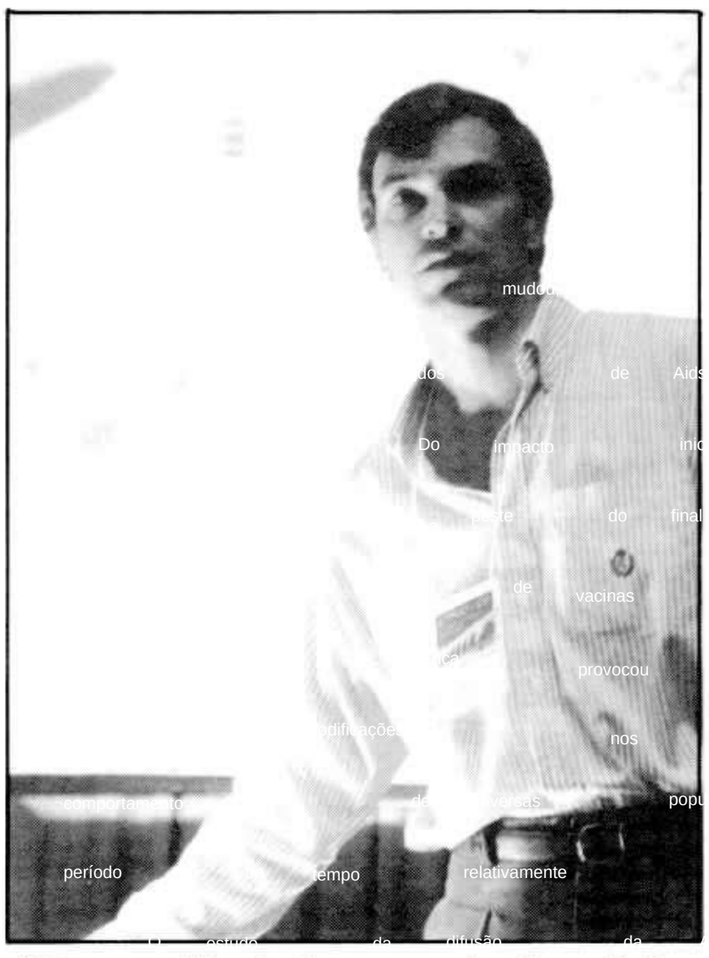
Muita coisa mudou, desde os primeiros casos registrados de Aids no Brasil até os dias de hoje. Do impacto inicial que gerou o discurso sobre a 'peste do final dos tempos' à desenfreada busca de vacinas e drogas para o tratamento, a doença provocou inúmeras e profundas modificações nos conceitos e no comportamento de diversas populações, num período de tempo relativamente curto.

O estudo da difusão da Aids no País é hoje inestimável para a compreensão acerca do modo como essa disseminação se deu, em que velocidade e em que direção. Paulo RobertoTelles, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), vem desenvolvendo esse estudo há cerca de dois anos, e afirma que ainda há uma grande diversidade no modo como a epidemia se difunde no Brasil:

- A análise dos dados espaciais, tendo em conta as diversas regiões brasileiras, mostra que em algumas delas a difusão se dá segundo uma estrutura hierárquica, típica das regiões em que a Aids se instalou há pouco tempo. Aí, os casos se concentram nos grandes municípios, normalmente afastados geograficamente mas com grande interação social com outras áreas de alta soroprevalência.

Paulo explica que em outras regiões há predominância da difusão por contágio, típica das regiões atingidas há mais tempo, onde os casos se expandem dos grandes epicentros da epidemia para regiões vizinhas, com gradientes cada vez menores em relação à distância que se encontrem desses epicentros.

FOTO **CACO XAVIER**



"O conceito de 'grupos de risco'foi um crime" • **Paulo Telles**

Segundo o pesquisador, os primeiros casos da Aids surgiram no Brasil no início da década de 80, nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro. "Este", diz ele, "pode ser considerado o primeiro momento da epidemia". Em meados desta década, a epidemia entra em seu segundo momento, expandindo-se com grande velocidade por quase todas as metrópoles do país e municípios de maior porte, especialmente na região sudeste, no estado de São Paulo em particular. Finalmente, em seu terceiro momento de expansão, a epidemia tem um amplo avanço geográfico, intensificando-se nas regiões já afetadas e atingindo municípios de menor porte. Este fenômeno foi chamado de 'interiorização da Aids'.

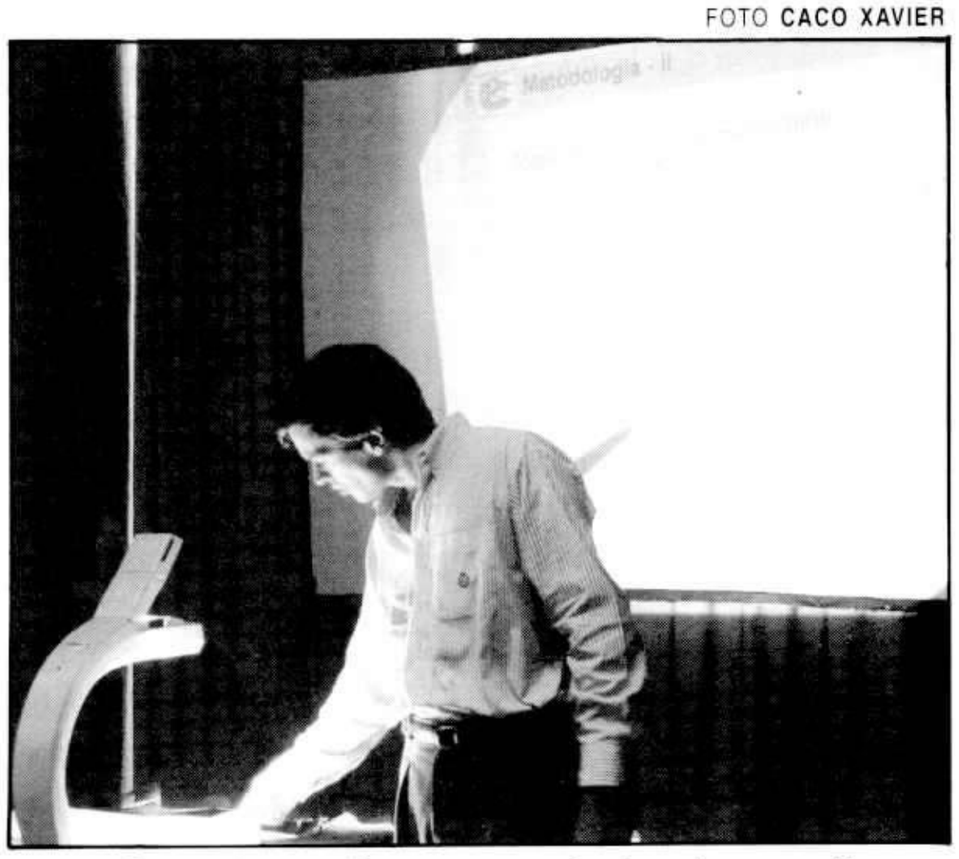
- Muitos começaram a confundir esse termo com uma suposta 'ruralização', o que é um grande equívoco. A 'interiorização' não significa que a epidemia alcançou o campo, mas sim que alcançou uma grande área do país, grandes cidades do interior - explica Paulo.

O estudo avalia também as categorias de exposição à infecção do HIV, e nota-se aí algumas peculiaridades:

- No início da epidemia, era maior o crescimento de casos da Aids entre os que pertenciam à categoria de exposição homossexual. No começo dos anos 90 houve um maior crescimento relativo aos casos decorrentes do uso de drogas injetáveis e, mais recentemente, os casos de Aids apresentaram maior crescimento relativo à categoria de transmissão heterossexual.

Paulo Telles diz que o grande crime no tratamento da epidemia nos primeiros anos foi a disseminação do conceito dos 'grupos de risco'. "Isso levou a população a enxergar a Aids como doença de homossexuais e prostitutas, e que não atingiria 'pessoas normais'. Demorou-se muito para que se tratasse da Aids como o que ela realmente é, uma pandemia", completa.

FOTO **CACO XAVIER**



"Quando analisamos os dados de que dispomos hoje, na verdade estamos vendo a Aids de dez anos atrás" • **Paulo Telles**

Para o pesquisador, estudar a epidemia é como olhar para as estrelas, "estamos sempre atrasados em relação ao que vemos":

- O vírus tem um longo tempo de incubação. Quando finalmente olhamos para os dados que temos hoje, na verdade estamos vendo a Aids de dez anos atrás. Isso sem levar em conta a subnotificação, um dos grandes problemas da pesquisa epidemiológica, notadamente no caso da Aids que, por ser ainda uma síndrome estigmatizada socialmente, favorece a ocultação de casos.

O uso de seqüências de mapas mostrando a evolução da Aids através dos anos permite, segundo Paulo, uma avaliação qualitativa da expansão da epidemia. O uso de modelos matemáticos mais complexos permitiria uma melhor avaliação quantitativa desse processo. Para ele, essas análises podem fornecer úteis informações para ações de prevenção e combate à epidemia:

- Esse é um trabalho sem fim, a ser constantemente realimentado de dados. Eu gostaria de iniciar agora um estudo que analisasse de que modo essa expansão se deu em cada região e em cada momento, no que toca à forma de transmissão do vírus: uso de drogas injetáveis, via sexual, sangue infectado, etc. Penso que seria um estudo muito útil para instrumentalizar decisões para alocação de recursos, sempre escassos na área da saúde pública - conclui Paulo Telles. ■

ALEITAMENTO MATERNO

PRÁTICA CRESCEU EM TODO O PAÍS

"A prática do aleitamento materno teve uma expansão considerável em todo o País, sendo que a duração média da amamentação foi mais do que duplicada entre 1975 e 1989, passando de 2,5 meses a 5,5 meses". Essa é a conclusão do estudo realizado pela pesquisadora Sonia Isoyama Venancio, do Núcleo de Investigação em Saúde da Mulher e da Criança, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Os dados mostram que tal crescimento ocorreu entre crianças amamentadas em todas as idades, tanto na zona rural quanto urbana, e em todas as categorias de renda - sendo mais acentuado entre as famílias de maior renda.

Sonia diz que, apesar da superioridade do leite materno em relação ao leite artificial, houve um declínio da amamentação em todo o mundo, especialmente a partir do final do século XIX, fenômeno relacionado com o advento da revolução industrial. "Isso levou a conseqüências desastrosas para a saúde das crianças e suas mães", continua ela, "e por isso a década de 70 viu nascer um movimento mundial de retorno da amamentação".

Utilizando dados extraídos de duas pesquisas nacionais, uma realizada em 1989 pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição e outra em 1975 pelo IBGE, Sonia estudou a situação de todas as crianças menores de um ano quanto à prática do aleitamento materno. Uma expansão notável foi percebida em todos os estratos da população, porém o aumento foi mais acentuado na área urbana, na região Centro-Sul do país, entre as mulheres de maior poder aquisitivo e de maior escolaridade.

Segundo Sonia, pesquisa realizada em 96 pela Sociedade Civil do Bem-Estar Familiar (Bemfam), indica que a tendência de aumento da prática da amamentação prossegue na década de 90, porém dados mais recentes revelam que ainda estamos longe da atingir as metas estabelecidas pela Cúpula Mundial pela Infância.

- O retorno à amamentação não se dá num ritmo mais acelerado porque atualmente vivemos uma situação repleta de ambigüidades em relação à criação de condições favoráveis para que ela ocorra. A alimentação artificial, por exemplo, tornou-se não somente uma opção para as mulheres, mas uma prática amplamente utilizada e culturalmente aceita - lamenta a pesquisadora.

Sonia finaliza dizendo que a chave do sucesso da prática no Brasil está em enxergar a

FOTO ALVARO FUNCIA

"Crianças alimentadas com fórmulas infantis têm até cinco vezes mais hospitalizações do que crianças amamentadas" • **Sonia Venancio**

amamentação como responsabilidade de todos. Para ela, governo, profissionais e serviços de saúde, empregadores, famílias e organizações não-governamentais, enfim, toda a sociedade deve se envolver na criação de uma nova "cultura da amamentação", cujos benefícios para a saúde das mulheres e crianças brasileiras será inestimável. ■

SAÚDE INDÍGENA

FALTA DE INFORMAÇÕES PREJUDICA PLANEJAMENTO

A carência de informações e a ausência de troca e homogeneização dos poucos dados disponíveis, por parte das diversas instituições que trabalham com saúde indígena, é a queixa unânime de todos aqueles que hoje atuam nessa área.

Maria das Graças Figueiredo, a Graça, da Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso, afirma que a questão da saúde do índio tem merecido espaço na agenda política do país, mas que isso, até o momento, não redundou na melhoria da qualidade de saúde - e de vida - dessa população.

- O conhecimento adequado da cobertura vacinal como indicador de saúde, por exemplo, é essencial para o planejamento de ações de saúde em qualquer população, mas principalmente em comunidades indígenas - diz ela, lembrando que a história registra o fato de que doenças imuno-transmissíveis foram apontadas como causa da extinção de muitas etnias - diz ela.

Eduardo Freese, da Fiocruz, defende a articulação dos Distritos Sanitários Indígenas com as instâncias do SUS, nos níveis municipal, estadual e federal. "Além disso", diz ele, "deve haver um treinamento especial dos profissionais de saúde que lidam com a questão indígena, e esse treinamento deve ser realizado segundo uma perspectiva antropológica". Graça concorda, mas ressalva que os Distritos Sanitários Indígenas devem ser implantados de forma efetiva:

- Não podem ser distritos de gabinete, deve haver envolvimento das comunidades indígenas - completa.

Há cerca de dois anos a Fundação Nacional de Saúde (FNS) tentou implantar o Sistema de Informação sobre Saúde Indígena. Esse sistema seria nacional e completo, um censo/inquérito sanitário que seria disponibilizado pela Internet para toda a população. Foi realizada uma experiência piloto em São Paulo e no Mato Grosso, e os profissionais que lidam com saúde dos índios logo notaram que o Sistema não funcionou como deveria.

"É necessário articular parcerias com os grupos que trabalham com os índios para

FOTO CACO XAVIER

"O planejamento da saúde indígena deve respeitar peculiaridades de cada etnia" • **Maria das Graças**

obtenção de dados confiáveis", revela Graça, assegurando que, de outro, modo qualquer sistema estará fadado ao insucesso.

- A FNS está tentando reorganizar o Sistema, de forma menos pretenciosa, e parece que assim a coisa vai - finaliza Graça, que vê na atual dispersão de dados (cada grupo colhe os seus) como um grande entrave para o planejamento da saúde indígena. ■

TUBERCULOSE

ABANDONO E INEFICIÊNCIA DOS SERVIÇOS

É preciso elevar a eficiência das unidades de saúde voltadas para o atendimento do tuberculoso, pois o reingresso no sistema está associado tanto ao abandono precoce do tratamento por parte do paciente como à falência da rotina dos serviços de saúde. A conclusão é do estudo realizado por Helenice Oliveira (da Unicamp), junto a pacientes atendidos nas unidades de Campinas (SP).

Segundo levantamento realizado por ela, o reingresso no tratamento tem dez causas principais: faltas do paciente às consultas, reações colaterais à medicação, uso irregular do medicamento (falha na ingestão diária ou dosagem equivocada), falha no serviço (falta do médico ou de orientação ao paciente), não ingestão da medicação, dose inferior à preconizada pela prescrição, falta de fornecimento da medicação, retirada precoce do esquema terapêutico, internação e realização de agendamento de nova consulta em períodos incompatíveis com o da prescrição do medicamento.

Outro estudo relativo à tuberculose foi realizado em Salvador (BA) e concluiu ser necessário melhorar em muito o fluxo e a qualidade da informação contida na ficha compulsória de notificação, para que se tenha conhecimento exato do perfil epidemiológico da doença e seja possível tomar medidas concretas para seu controle.

Segundo Maria Ichihara, que juntamente com outros profissionais da Fundação Nacional de Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde e do Instituto de Saúde Coletiva da UFBa participou do levantamento, "a classificação da qualidade da informação encontrada nos prontuários médicos registrou 34% delas como satisfatória; 36,3% como regular e 29,7% como ruim, sendo estes últimos aqueles que não possuíam qualquer dado relativo à doença ou ao paciente". O estudo mediu, ainda, tanto a eficácia da vacina BCG quanto a qualidade da organização dos serviços de saúde voltados para o controle da doença. ■

FOTO ALVARO FUNCIA

"Melhorar o sistema de informação sobre a tuberculose é essencial" • **Maria Ichihara**

AUTO-SUFICIÊNCIA EM VACINAS

INSTRUMENTO ESSENCIAL À SAÚDE

O enorme acúmulo de conhecimentos científicos e tecnológicos acumulados nos últimos anos e a mobilização de várias agências internacionais em prol do desenvolvimento de novas vacinas, tem permitido um acelerado avanço nas pesquisas de novas vacinas. Tecnologicamente mais complexas, elas produzirão menos reações adversas, serão mais eficazes e serão apresentadas em forma combinada, com múltiplos antígenos. Os laboratórios nacionais somente terão condições de sobreviver se fortalecerem a atividade de desenvolvimento tecnológico e se incorporarem novas tecnologias e novos produtos em sua linha de produção.

A opinião é de Akira Homma, Vice-Presidente de Produção e Desenvolvimento da Fundação Oswaldo Cruz, para quem a prevenção das doenças via vacinação e a proteção imunobiológica da população é reconhecidamente um dos programas de saúde pública de melhor custo-benefício em um país como o Brasil.

Akira diz que o Programa Nacional de Auto-suficiência em Imuno-biológicos, hoje na Fundação Nacional de Saúde, foi criado em função da crise de abastecimento de sôros hiper-imunes de uso terapêutico e vacinas. Desde a sua criação, em 1985, apoiou a modernização e o fortalecimento dos laboratórios nacionais produtores de vacinas essenciais para o Programa Nacional de Imunização e de soros de uso terapêutico, financiando e garantindo o atendimento prioritário do mercado nacional.

Com quase 15 anos de existência, ainda que tenha conseguido apenas resultado parcial, são evidentes alguns importantes resultados conseguidos pelo Programa, afirma Akira:

- Na área de vacinas, é importante mencionar a existência de produção por quatro laboratórios públicos - o Butantan, o Tecpar, Bio-Manguinhos e a Fundação Ataulfo de Paiva - das vacinas DTP; DT; TT; BCG; Febre Amarela; Sarampo; antirábica, Meningite menigocócia, soro-grupos A/C e Hepatite B/recombinante. Estes laboratórios se preparam para produzir outras vacinas como a tríplice viral (Sarampo, Caxumba, Rubeola), vacina conjugada Hib, Meningite meningocócica B e C, vacinas combinadas DTP+Hib e outras importantes para o PNI. ■

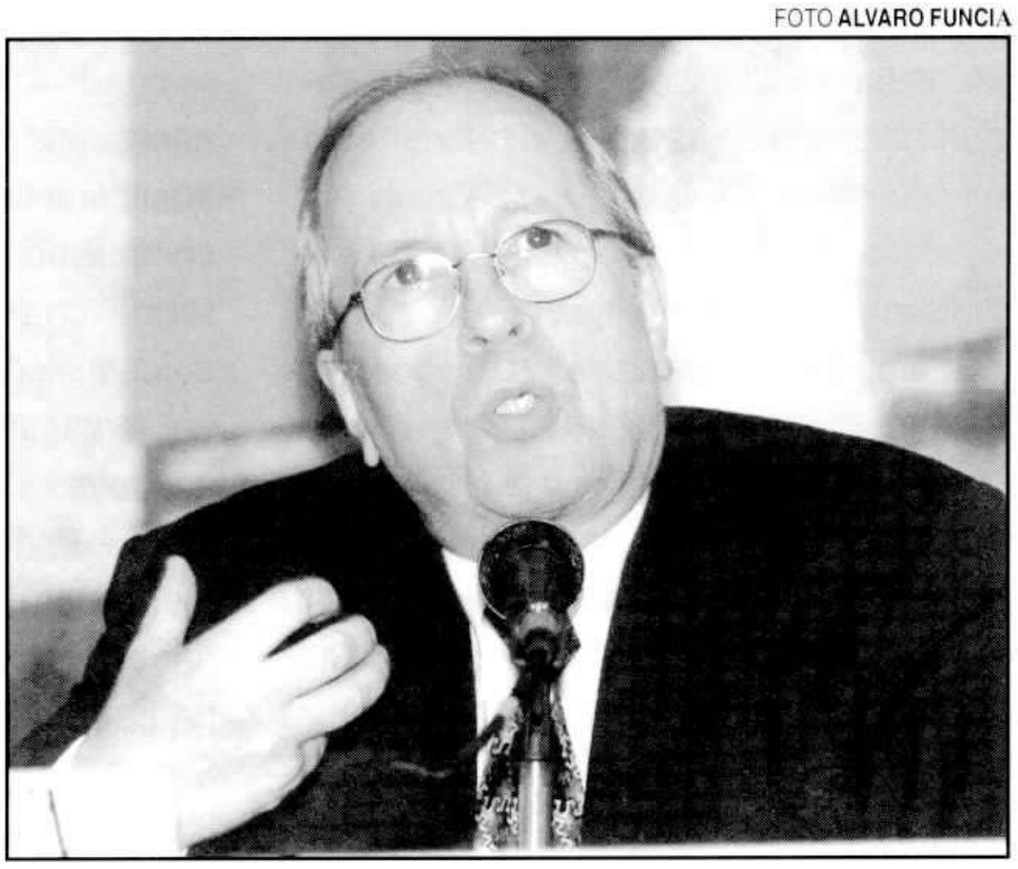
FOTO ALVARO FUNCIA

"Precisamos definir as vacinas prioritárias para o País" • **Akira Homma**

OLLIE MIETTINEN

MEDICINA RACIONAL DEVE USAR CIÊNCIA APLICADA COMO BASE

FOTO ALVARO FUNCIA



"Não estamos sob o domínio empresarial da saúde, mas sob o domínio do esforço comunitário" • **Ollie Miettinen**

A breve conferência de Ollie Miettinen, um dos mais renomados e citados epidemiologistas do mundo, foi suficiente para fazer com que a comunidade científica avaliasse o seu papel no que se refere à saúde pública. O pesquisador da McGill University, do Canadá, iniciou provocando seus colegas mais jovens, dizendo que "a visão que se tem de um epidemiologista é de alguém alquebrado pela idade; um sênior, ainda mais". No entanto, para esse epidemiologista sênior - que não tem nada de alquebrado - existe hoje uma espécie de cegueira a respeito do que está acontecendo na saúde pública. Em suas próprias palavras:

• Em termos de definição, nada mudou desde a década de 60, onde Rosenall define saúde pública como "a arte e a ciência de prevenir a doença, prolongar a vida e promover eficiência física e mental através do esforço comunitário organizado". Tampouco mudou o conceito de epidemiologia, definida na década de 60 como "o corpo da ciência médica que se preocupa com fatores e aspectos da prevalência de doenças nos seres humanos". Não vejo tendência de mudanças nessa definição. A epidemiologia, como linha de investigação, deve procurar definir meios para prevenir a doença, e esse é o espírito até hoje.

O ENSINO DA PESQUISA ETIOLÓGICA DEVE ESTAR VOLTADO PARA A PREVENÇÃO

• Nós, da saúde pública, somos o outro aspecto da saúde. Por causa da transformação social da medicina americana, acabou surgindo uma espécie de 'profissão soberana', que é a medicina clínica. Nós, porém, não trabalhamos sob esse domínio empresarial da saúde, mas sim sob o domínio do esforço comunitário.

• Tenho a estranha sensação de que estamos cegos quando deixamos de notar um conceito revolucionário na saúde pública, movimento que corre na direção oposta aos conceitos de saúde pública e que não nasceu dentro de seus domínios, mas de um setor externo à comunidade sanitária: o chamado Seguro Nacional de Saúde Pública, que nasceu nos EUA nos meados da década de 60 e trouxe a medicina clínica para o domínio público, para o setor público.

• O momento para o Seguro de Saúde como foi estabelecido na Europa e no Canadá chegou e se foi. Uma segunda revolução está acontecendo nesse instante. A primeira revolução - que envolvia o conceito de Seguro de Saúde - foi financeira. Essa segunda revolução é científica. Durante um longo tempo a assistência médica deveria ter sido assistência médico-científica. Talvez a ciência básica não tenha um papel relevante na prática da assistência médica, mas é fundamental para que seja criada uma mente científica.

• Essa é a revolução científica que eu vejo, nessa década de 90: se nós queremos fazer assistência médica científica, devemos usar a ciência aplicada. Agora, às portas do novo milênio, devemos passar a utilizar o que chamo de medicina racional, utilizando a ciência aplicada como base, a fim de obter maior eficiência e qualidade na assistência e também reduzir gastos.

• Art Cochraine, epidemiologista acima de todos ou outros, realmente entendeu isso, como mostra o seu livreto *Eficácia e Eficiência - Seguro de Saúde Britânico e sua Aplicação*, de 1972. Ali, Cochraine diz que o conceito do Seguro de Saúde no Reino Unido previa um grande investimento em ciência médica, mas que este era desperdiçado pela falta de uma base sólida de conhecimentos para a prática da assistência médica. Depois dele, ninguém mais tocou no assunto.

• Hoje vemos relatórios e mais relatórios sobre o que funciona ou não, e os epidemiologistas têm sido tímidos - para ser brando - ao emitir opiniões e críticas. Nesse cenário, os epidemiologistas simplesmente não têm aparecido, e o ensino da epidemiologia ainda é um ensino voltado para a pesquisa etiológica. Se estivéssemos na crista da onda, estaríamos ensinando aos nossos alunos a educação em epidemiologia.

• É necessário que se realize uma avaliação constante da assistência médica prestada. Isso não é uma ciência, é uma questão de investigar comportamentos daqueles responsáveis por fornecer saúde à população, avaliar a qualidade dessa prática. Assim, teríamos uma escola de avaliação do que é uma boa assistência médica, avaliando comportamento tanto da clientela quanto do sanitarista.

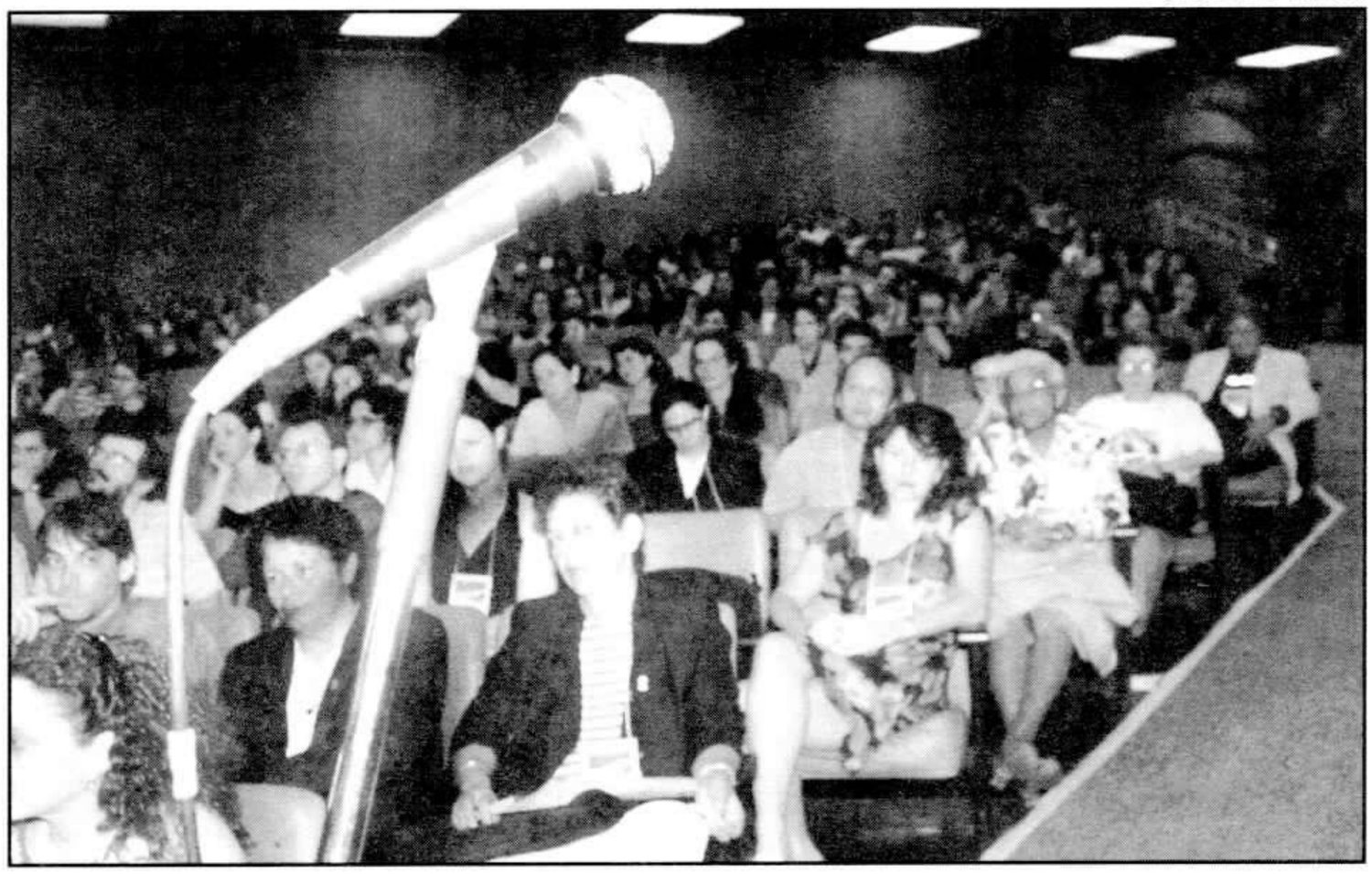
• A grande contribuição da ciência aplicada ao campo da saúde é fazer com que o conhecimento geral se encontre com a prática da assistência médica na sua gnose. Se fizéssemos isso, em primeiro lugar deveríamos adaptar nossa pesquisa etiológica para ser ensinada voltada para a prevenção. Nossa pesquisa hoje é superficial, sua motivação está em outra área. Os epidemiologistas não têm aparecido em termos de pesquisa diagnóstica.

• Para concluir, é preciso dizer que a saúde pública apresenta, no momento, uma percepção atrasada da realidade. Um sanitarista perspicaz percebe que a pesquisa aplicada é fundamental. Quanto aos epidemiologistas, devem deixar de lado a preocupação com a pesquisa etiológica e adotar o conceito de que somos um serviço de saúde pública. Cabe a nós exercer liderança entre as ciências sanitárias aplicadas, para construir a base de conhecimentos aceitável. ■

APRESENTAÇÃO

ÁLVARO NASCIMENTO*

FOTO CACO XAVIER



O IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia reuniu 2.147 inscritos no Riocentro, se tornando um dos principais eventos na área de saúde coletiva do País.

Uma ampla vitrine das práticas implementadas na área da saúde coletiva e ao mesmo tempo um fórum coletivo de pensadores nacionais e estrangeiros para, com base nestas práticas, se descortinar caminhos de superação das imensas desigualdades existentes que deterioraram a saúde e a qualidade de vida das populações.

A definição cabe bem para o que significou o IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia, realizado de 1 a 5 de agosto no Riocentro. A presença de 2.147 profissionais de saúde, estudantes e pesquisadores e a apresentação de 1.175 posters, 316 comunicações coordenadas, 57 painéis, 16 palestras, seis mesas redondas, seis conferências e seis oficinas de trabalho, num total de mais de 1.700 trabalhos selecionados pela Comissão Científica, traduzem a magnitude do evento.

Promovido pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) - com o apoio do CNPq, Finep e do Ministério da Saúde - o IV Congresso (que teve como temário "Epidemiologia em perspectiva: novos tempos, pessoas e lugares") tratou dos mais variados temas que de alguma forma se relacionam ou impactam a área da saúde.

Os trabalhos apresentados e debates ocorridos no evento trataram de temas como a relação entre a epidemiologia e a saúde pública, globalização, novos modelos de assistência à saúde, meio ambiente, sistemas de informação em saúde, vigilância sanitária, estratégias de intervenção no setor, relação público x privado, Projeto Genoma, epidemiologia descritiva, modelagem matemática aplicada à saúde, autosuficiência em vacinas, saúde no trabalho, Aids, violência, nutrição, amamentação, tuberculose, saúde do índio e outros, o que comprova o grande leque de assuntos tratados.

FOTO ALVARO FUNCIA

Sergio Koifman, Presidente do IV Congresso.

Sergio Koifman (Professor da ENSP/ Fiocruz e Presidente do IV Congresso) resume a importância do evento:

- O Congresso foi um dos principais eventos na área da saúde coletiva no Brasil. E é fruto da intensa atividade na área da epidemiologia e em áreas correlatas em desenvolvimento no país, bem como uma amostra importante das práticas executadas em diversos outros países, sobretudo na América Latina.

Ele ressalta "as atividades de investigação acadêmica e em serviços de saúde, experiências no campo do ensino e da avaliação de programas, relatos abordando tanto experiências locais como de desenvolvimento teórico em nossos campos de conhecimento" como representativas do universo dos temas abordados.

- O espectro das áreas de interesse de nossa comunidade, refletido nos trabalhos apresentados à Comissão Científica do Congresso, se revelou tão amplo e diversificado que dificilmente se poderia indicar alguma área do campo da saúde coletiva que não estivesse contemplada nas atividades programadas, afirma Sergio Koifman.

Para ele "sendo este o último congresso brasileiro de epidemiologia neste século - e portanto momento privilegiado para uma avaliação à luz da história de nosso legado e dos desafios presentes e futuros - é salutar observar que afloram concepções heterogêneas da prática epidemiológica, estimulando o debate científico e ideológico entre nós".

Outro aspecto importante ressaltado por Koifman diz respeito às diversas tendências que se manifestaram no evento:

- As interpretações do processo saúde-doença e seus determinantes e formas de manifestação não comportam uma única verdade, mas sim múltiplos olhares, diversidade esta assegurada e presente na programação do IV Congresso.

Devido à importância do evento, o RADIS (apesar das imensas dificuldades impostas a cada dia para se produzir com qualidade no setor público brasileiro) consegue mais uma vez disponibilizar a seus leitores um painel sobre os principais temas tratados no IV Congresso de Epidemiologia. Consideramos todos os assuntos tratados como elementos fundamentais de reflexão e implementação de políticas de saúde que resgatem a qualidade de vida de cada cidadão.

* **Álvaro Nascimento** é Coordenador e Editor do Programa RADIS/ENSP/FIOCRUZ.

EPIDEMIOLOGIA: AFINAL, QUE DIABO É ISTO?

FOTO **ALVARO FUNCIA**

"Quem é epidemiologista tem que tornar seu discurso de fácil compreensão e falar no jargão mais fácil e mais acessível à população" • **Armando Raggio**

- Epidemiologia é a aplicação da inteligência sobre os fatos que dizem respeito à saúde, que ocorrem todos os dias com a população. Se existe algum método científico na formação em saúde ele está na epidemiologia. O resto é treinamento, *decoreba* e repetição de provas e tentativas já feitas pelos outros.

A definição do que vem a ser epidemiologia foi dada pelo Secretário de Saúde do Paraná, Armando Raggio,na mesa-redonda que debateu o tema "Epidemiologia: Estratégias de Intervenção em Serviços de Saúde".

Para ele, ser epidemiologista é obrigação de quem lida com saúde "e quem é epidemiologista tem que tornar seu discurso de fácil compreensão e falar no jargão mais fácil e mais acessível à população".

Raggio alertou para o fato de que as pessoas não iniciadas, os vereadores, os prefeitos, os governadores, não sabem sequer o que é epidemiologia, "e nós continuamos com esta *frescura* de repeti-la por toda parte". E propôs a tradução da "palavra" em "estudo da distribuição das doenças e de seu comportamento na população".

Para exemplificar seu pensamento, Raggio disse que, para ele, um dos maiores epidemiologistas do mundo foi Frederich Engels, "que estudando como se dava a reprodução da classe operária na Inglaterra da primeira revolução industrial, produziu o mais precioso tratado de epidemiologia que jamais existiu na face da Terra. E Engels não entendia nada de molécula, de bactéria ou de anatomia. E muita gente que passa a vida inteira estudando molécula, bactéria e anatomia faz uma epidemiologia que não tem novidade nenhuma".

E citou outro, na sua opinião, grande epidemiologista, que foi Sigmund Freud, quando, já com câncer, escreveu "O mal estar da civilização":

- Freud descreveu de forma simples e sensível que há três maneiras de se adoecer: por problemas genéticos herdados ou adquiridos, por agressão da natureza viva ou inanimada e devido às nossas relações, seja homem-homem, seja entre as nações.

Para Raggio, o desafio atual é criar para cada grande área causadora de doenças um projeto:

- Nós não podemos resolver tudo, mas podemos aplicar sobre estes problemas um raciocínio coerente e apresentar um método de trabalho.

Já David Capistrano Filho, do Instituto de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo resgatou a história da geração de sanitaristas dos anos 70 e 80, em particular a formada naquele Estado:

- Nós estávamos nos formando para reformular o sistema de saúde do País e tínhamos na epidemiologia a ferramenta principal para levarmos esse desafio à frente. Já não se aceitava a divisão da rede de saúde em duas: uma que cuidava da prevenção de doenças e promoção da saúde e outra que se destinava exlusivamente à assistência médica e odontológica. Como se houvesse uma contradição entre a chamada saúde coletiva e a clínica. Nosso desafio era superar esta divisão e mudar a lógica do sistema como um todo.

Segundo David, "hoje não existe ninguém sério que defenda a existência de duas redes de serviço, mas isso não quer dizer que o problema tenha desaparecido. Ao contrário, em termos operacionais, essa dicotomia persiste no âmago dos serviços que constituem agora uma rede única".

Ele cita a reedição desta dicotomia em sua forma mais perversa, levada pela carência de recursos:

- É a polêmica entre se priorizar a prevenção e a promoção ou a cura e a reabilitação, quando entram fatores espúrios na discussão, quando se costuma dizer que a prevenção e promoção são baratas e que a reabilitação é cara e o País tem recursos escassos. Os economistas do Governo dizem, nessa hora, que temos de ser realistas e optar entre um e outro.

Para David, a sociedade brasileira ainda não se dispôs a pagar o preço da prevenção e promoção à saúde no Brasil, porque é o preço de fazer uma revolução:

- Precisamos parar com essa conversa de dizer que a prevenção à saúde é mais barata. Isso é conversa pra boi dormir. É conversa de quem quer gastar pouco com saúde, quer gastar menos ainda do que se gasta hoje, concluiu. ■

FOTO **ALVARO FUNCIA**

"Precisamos parar com essa conversa de que a prevenção à saúde é mais barata. Isso é conversa pra boi dormir" • **David Capistrano**

4,2 BILHÕES DE PESSOAS NO PLANETA SÃO CONSIDERADAS 'MAU NEGÓCIO'

FOTO **ALVARO FUNCIA**

***"A insegurança, o risco e a incerteza passaram a ser compartilhados igualmente por todos"* • Paulo Sabroza**

Se elaborássemos uma pesquisa para saber qual é a palavra mais pronunciada ultimamente, e cujo significado (mesmo junto a quem a pronuncia) permanece incerto e nebuloso, muito provavelmente chegaríamos a ela: *globalização*. Para Reinaldo Guimarães, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), o conceito de globalização - nascido fora dos meios acadêmicos - ainda é um personagem em busca de um autor.

Reinaldo destaca dois fenômenos associados à globalização, um objetivo e outro subjetivo. O objetivo, segundo ele, é a face mais visível, que gerou por um lado um desenvolvimento científico e tecnológico jamais visto e, por outro, altos índices de desemprego e sub-emprego ("fenômeno mundial", lembra ele) com trágico impacto na saúde das populações. A face subjetiva pode ser percebida através dos conceitos e pressupostos ideológicos neo-liberais, onde não há lugar para todos, criando assim um enorme contingente mundial de 'excluídos'.

O economista Luiz Carlos Prado presta um 'socorro técnico', ao comentar que a palavra globalização tem sido usada de forma imprecisa e dúbia ao longo dos anos. O que vem a ser, então, esse 'monstro' para uns e panacéia universal para outros? Ou ainda, de que maneira esse fenômeno intercepta nossa sociedade e qual é o seu real impacto na vida e na saúde da população? Luiz Carlos responde, mas para isso é preciso 'começar do começo':

- Globalização significa pura e simplesmente integração de mercados, mais especificamente de três tipos de mercados: comercial, financeiro e produtivo - define o economista.

Luiz Carlos conta que, entre 1950 e 1973, o mundo experimentou o crescimento econômico mais rápido da história da humanidade, com baixas taxas de desemprego, progressiva redução da jornada de trabalho e aumento dos direitos sociais. A partir daí, uma sucessão de crises financeiras e econômicas nos países desenvolvidos (principalmente a crise do Sistema Monetário Internacional e a crise do petróleo, em 1974) acarretou uma drástica mudança na economia dos países:

- Dizemos que "o gênio da lâmpada foi libertado", e passou a mover-se ao sabor de seus interesses imediatos (uma metáfora bem-humorada da liberalização do capital) priorizando-se, assim, o desenvolvimento econômico em detrimento do social - diz Luiz Carlos.

"No final da década de 80", continua ele, "uma nova geração de economistas defendia a menor ingerência do Estado e a liberalização da economia". O principal argumento desse grupo era que as mudanças tecnológicas levariam à erosão de obstáculos geográficos e políticos, e essa "globalização" - aí está a palavra em sua acepção primitiva - proporcionaria um crescimento muito rápido do mundo inteiro. O conceito de globalização, então passa a substituir o conceito de desenvolvimento. E ainda, segundo esse novo conceito, as taxas de crescimento dos países em desenvolvimento avançariam muito rapidamente, vindo a encontrar-se, num ponto futuro, com as dos países desenvolvidos. Essa era a teoria.

O que se observa hoje, porém, segundo Luiz Carlos, é que esse processo não é produtivo. "Não há quase crescimento real de investimento internacional", avalia. Para ele, o fenômeno da globalização é, na prática, puramente financeiro e improdutivo, e não um fenômeno comercial, já que o investimento direto internacional é centrado em alguns países, basicamente megamercados - o Brasil é um deles - enquanto grandes regiões do mundo não são interessantes para os investidores.

Segundo ele, nesse sentido o tiro saiu pela culatra: é possível observar, hoje, um aumento das desigualdades mesmo dentro dos países desenvolvidos, a queda do crescimento da economia mundial e o aumento da distância entre países desenvolvidos e em desenvolvimento. Em suma, vivemos uma era de profunda instabilidade econômica, resumida nas manchetes dos jornais diários e nas sucessivas crises das bolsas.

"O mais triste", completa o economista, "é saber que apenas 800 milhões de pessoas em todo o mundo fazem parte desse processo. Mas existem cerca de 4,2 bilhões de pessoas alijadas do progresso e do sistema, uma imensa população 'não financiável', considerada 'mau negócio' para os investidores. O que fazer com ela?" - pergunta, sem esperar resposta.

Paulo Sabroza, professor da Ensp/Fiocruz, também vê com pessimismo o resul-

FOTO **ALVARO FUNCIA**

***"O 'gênio da lâmpada' foi libertado e passou a se mover segundo seus interesses imediatos"* • Luiz Carlos Prado**

tado desses conceitos. Analisando a situação pela ótica da saúde pública, Paulo conclui que estamos vivendo uma transição: "o serviço de saúde está na interface entre dois circuitos. Enquanto uns vivem e desfrutam do acesso à alta tecnologia, um outro segmento - altamente produtivo - não tem acesso nem mesmo a direitos sociais ou seguridade social". Ele lembra que o irônico disso tudo é que a insegurança, o risco e a incerteza passam a ser compartilhados por igual, não só por esse segmento inferior, mas por toda a sociedade.

Ainda acerca desse segmento, Paulo é enfático ao afirmar que devemos incorporar novos conceitos de 'emprego' e 'pobreza'. Segundo ele, a noção tradicional de desemprego dá a idéia de que as pessoas não estão fazendo nada, e não é isso o que acontece. "Pelo contrário", reforça, "elas estão agindo de maneira muito mais intensiva, e praticamente sem nenhum custo social. A acumulação, porém, vai para um pequeno grupo populacional".

Paulo cita Carneiro Leão que, em reunião da Unesco, em 91, definiu os parâmetros de uma 'nova pobreza humana'. Tais parâmetros são adaptados a populações que possuem acesso a informações e a uma escolaridade básica, além de estarem expostas aos meios de comunicação. Isso, segundo ele, cria a "consciência da impossibilidade de ascenção social", e por isso a identidade dos grupos vai sendo construída a partir dos imensos contrastes cotidianos, fartamente atestados.

Paulo Sabroza anota algumas características dessa época que vivemos:

• Existiu uma redução dos índices de mortalidade infantil (basicamente por pneumonias e diarréias) mas, por outro lado, perdeu-se o acesso à seguridade social e a uma estrutura familiar.

• Aumentou o acesso a serviços de saúde medicalizantes, diminuindo o risco de morte e minorando o sofrimento imediato, mas a prevalência de doenças que vão acompanhar esse indivíduo pela vida inteira aumentou drasticamente.

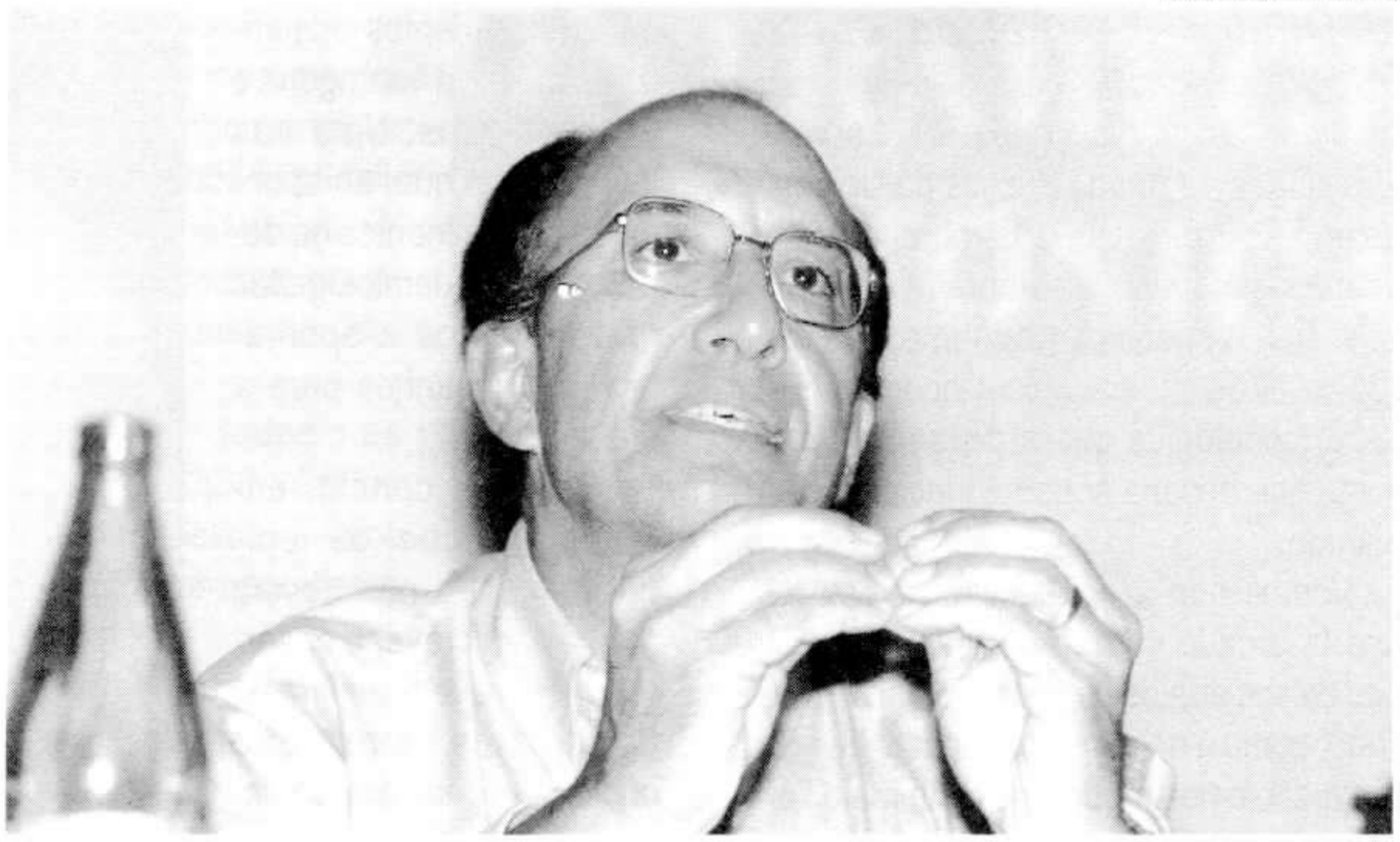
• O aumento da prevalência de algumas doenças passou a ser atribuído ao fracasso dos modelos assistenciais ("discurso ideológico grosseiro, que de tanto ser repetido acaba sendo tomado por verdade" - diz ele), quando o que acontece é que, embora as doenças sejam as mesmas, os processos de alastração são novos, e os sistemas de saúde não estão preparados para resolver esses problemas.

- Enquanto antes discutia-se muito a respeito de formas de controle de doenças, o modelo que passa a se impor agora é o da *contenção* - finaliza o pesquisador. ■

JAIME BREILH

CONSTRUINDO A EPIDEMIOLOGIA DA ESPERANÇA

FOTO **ALVARO FUNCIA**



"A epidemiologia não pode ser encarada como instrumento de cálculo para viabilizar gastos mínimos" • **Jaime Breilh**

- O processo de globalização impôs aos habitantes do planeta a perplexidade de viverem num mundo de possibilidades máximas e felicidades mínimas. A construção de uma epidemiologia da esperança, crítica, que seja uma ferramenta dos excluídos, é a possibilidade de se enfrentar o processo de globalização, no sentido de se chegar a uma Terra mais humana, onde o bem comum seja o principal objetivo a ser alcançado.

A afirmação é do epidemiólogo equatoriano Jaime Breilh, feita durante sua conferência "Os impasses da modernidade e a Nova Epidemiologia", que arrancou aplausos dos presentes ao Congresso.

Ao se definir como "um epidemiólogo dos sem poder, que busca construir uma epidemiologia contra-hegemônica que busca fazer uso do saber para humanizar o mundo e construir uma sociedade mais saudável", ele disse que "a epidemiologia do Brasil é chave para a América Latina, que vive um momento de novo encontro entre a epidemiologia e a biologia".

Breilh disse que a epidemiologia "como uma disciplina científica, não é capaz de modificar por si a realidade" e defendeu a necessidade de se "enfrentar a era privatizante imposta pela globalização com o estabelecimento de metas solidárias", tendo claro que as forças econômicas e políticas são, cada dia mais, "definidoras dos avanços científicos".

Ele ressaltou que "é óbvio que o avanço tecnológico nos encanta, mas não pode se transformar em instrumento para nos colocar de joelhos".

- O debate dos paradigmas não está entre a epidemiologia de risco e a epidemiologia molecular, mas entre uma epidemiologia hegemônica e outra contra-hegemônica, afirmou.

Para enfrentar este momento, ele prpôs um movimento em defesa de uma globalização ética, nascida da interdependência entre vida humana, ética e solidariedade:

- O lucro de poucos está saindo muito caro para o conjunto. O crescimento dos índices de pobreza mesmo nos países do primeiro mundo comprova isso.

Para Breilh, a epidemiologia não pode abrir mão de construir utopias de longo prazo e um mundo mais humano, livre de domínios e iniquidades:

- O caráter específico e terrível da crise atual é a expropriação da esperança. A epidemiologia dos poderosos reduz sua ação à reforma do sistema. Querem que calculemos o nível mínimo de pobreza suportável pelos nossos povos e querem que enxerguemos estas cotas mínimas como porgressos possíveis. Para que possam implantar esta ideologia, nos exigem que toda lógica coletiva e solidária seja rechaçada, concluiu. ■

OBSERVAÇÃO DEVE APONTAR CAMINHOS PARA A PREVENÇÃO

- Qual é o papel da epidemiologia descritiva nos dias de hoje? - pergunta antes de mais nada Ruy Laurenti, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Lembrando que a epidemiologia analítica sempre teve um caráter social, Laurenti constata que, nesse final de século, ela terminou por incorporar técnicas e tecnologias que a distanciaram do assunto que deveria ser seu principal objeto de estudo:

- Vemos que a epidemiologia está um pouco fascinada com a técnica, e hoje um pouco dissociada do contexto social. Por outro lado, como a epidemiologia descritiva não utiliza tecnologias modernas, está meio 'fora de moda'.

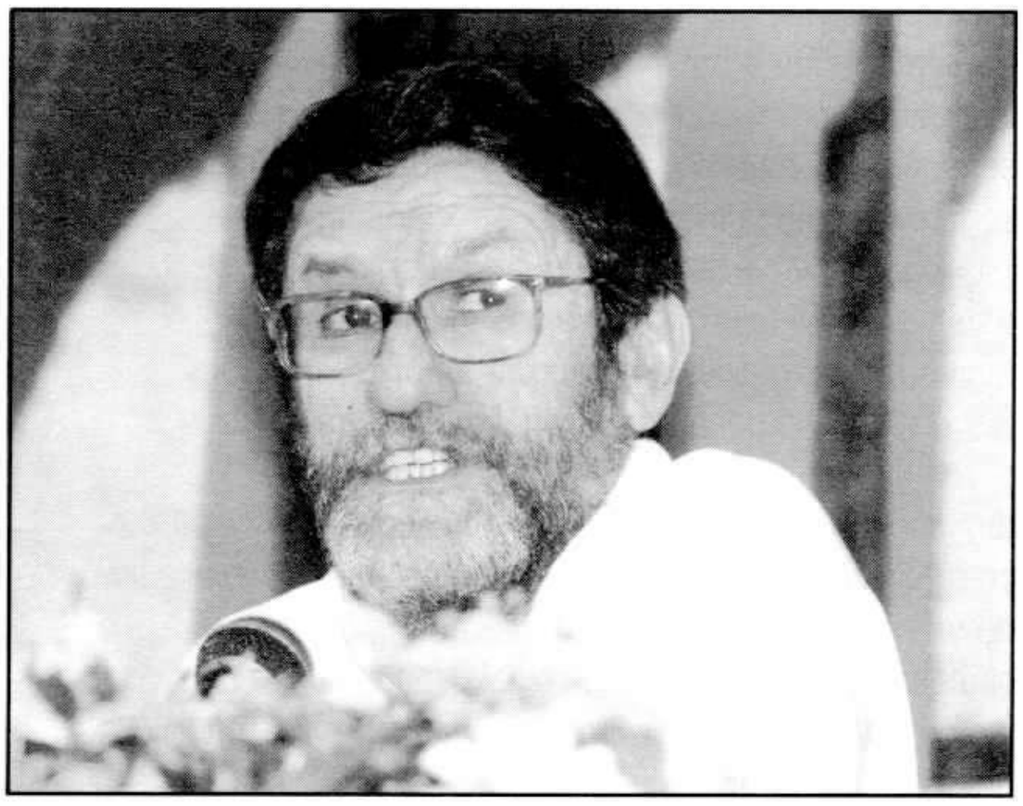
O professor insiste na tecla de que a epidemiologia descritiva continuará a existir, não apenas como formuladora de hipóteses, mas como avaliadora, apontadora de programas e alertadora sobre novas doenças. "O que há algum tempo atrás era uma disciplina puramente observacional, hoje em dia deve se tornar também participativa", diz ele.

Assumindo a expressão 'epidemiologia participativa' como uma saudável brincadeira ("não estou propondo uma nova epidemiologia"- diz, sorrindo), Laurenti defende que, para os novos tempo, algumas mudanças já se fazem necessárias:

- Uma 'epidemiologia participativa' deve transmitir para fora da comunidade científica os conhecimentos adquiridos. Isso trará vantagens e desvantagens. Uma das vantagens é que, ao apontar as determinantes da doença, os epidemiologistas estejam aptos a apontar também caminhos para a prevenção.

Laurenti conclui enfatizando que os epidemiologistas não devem apenas descrever e observar, mas "devem ser firmes, participativos, informando o público em geral e apontando caminhos".

FOTO **ALVARO FUNCIA**



"Para incorporar as mudanças da sociedade, a epidemiologia deve também incorporar sistemas interdisciplinares" • **Moisés Goldbaum**

Para Maria Fernanda Lima e Costa, da Universidade de Minas Gerais, vivemos uma época em que se nota um ressurgimento no interesse pela epidemiologia descritiva. Segundo ela, isso se deve basicamente a três fatores:

- Em primeiro lugar, hoje em dia existem dados epidemiológicos de boa qualidade disponíveis. Outro fator é a adoção de técnicas e conceitos mais apropriados para a análise desses dados descritivos. E, por fim, o resgate de uma epidemiologia orientada para a saúde pública.

Maria Fernanda é contra a polemização epidemiologia analítica x descritiva, e assegura que "o importante é que se construa um corpo de conhecimentos".

- Nem só o estudo analítico é suficiente e nem só o estudo descritivo. É preciso combinar metodologias - finaliza.

José da Rocha Carvalheiro, da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, complementa esse raciocínio acrescentando que "é impossível fazer uma descrição que não tenha embutida em si um sentido de análise, e não se pode fazer análise sem ter em mãos uma descrição do que ocorreu".

- Para se acompanhar e seguir as metas propostas pela Organização Mundial da Saúde para o ano 2000, por exemplo, não há necessidade de grandes complicações metodológicas nem elocubrações fantasiosas. A mortalidade infantil ainda é o indicador a que se pode recorrer com confiabilidade - diz ele.

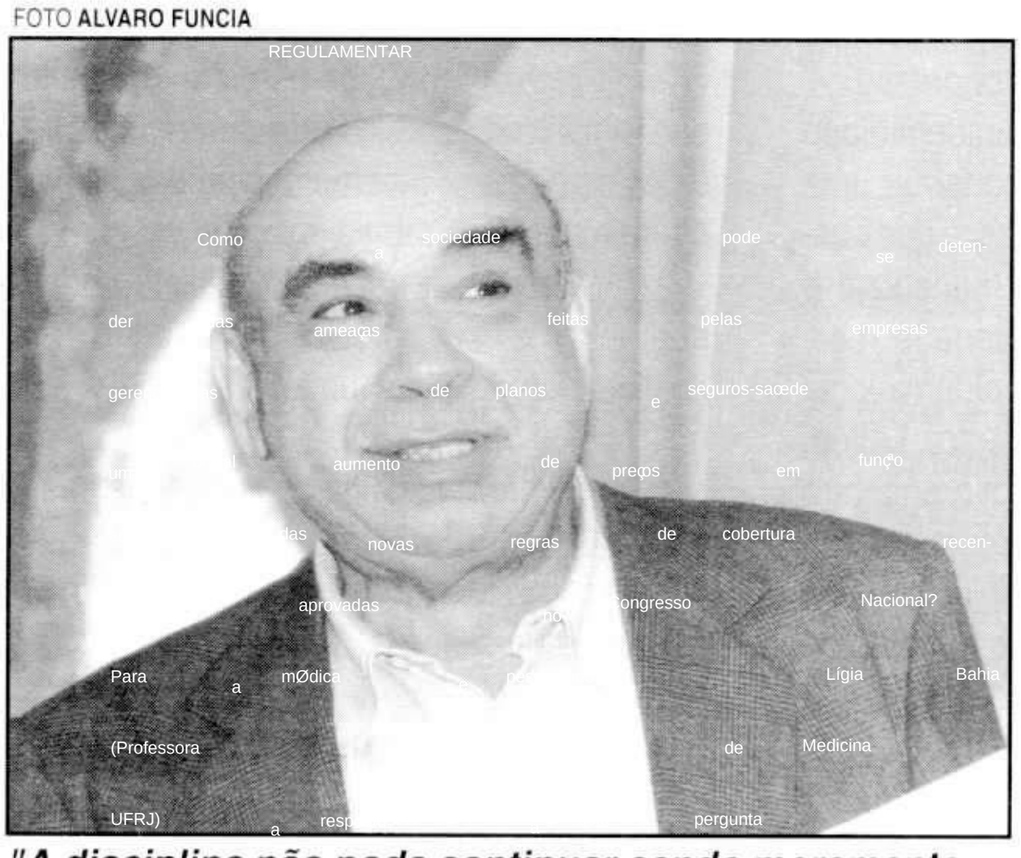
Carvalheiro acompanha a brincadeira de Ruy Laurenti e 'cria' o termo 'epidemiologia pretenciosa', como uma forma de lembrar que deve-se estar atentos para a possível pretensão da epidemiologia em resolver problemas da humanidade que nem as áreas sociológicas conseguiram ainda solucionar.

- O planeta se globaliza, novos agentes biológicos transformam o perfil epidemiológico do mundo e a epidemiologia deve incorporar esses avanços, para isso tratando de incorporar também sistemas interdisciplinares - afirma Moisés Goldbaum, da USP, para quem a busca da eqüidade na saúde tem sido a tônica de todas as discussões do Congresso.

Maria Goretti, diretora da Divisão de Doenças Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde, alerta para o fato de que o conhecimento adquirido não se traduz em atitude por parte da população. "Pelo menos não no tempo que gostaríamos e de que necessitaríamos para a prevenção", lamenta, lançando no ar a pergunta:

- Quando vamos parar de nos preocupar em 'criar epidemiologias' e começar a estudar as questões do comportamento? ■

FOTO **ALVARO FUNCIA**



"A disciplina não pode continuar sendo meramente acadêmica, e sim avançar nas ações de prevenção" • **Ruy Laurenti**

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

A AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DA CRISE

FOTO **CACO XAVIER**

"Vou propor um seminário para debater a criação da Agência Nacional de Saúde " •
Gonzalo Vecina

ÁLVARO NASCIMENTO

Falta de estrutura material, de recursos humanos capacitados e de estímulo aos profissionais. Esta é a realidade encontrada pelo Secretário de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, o sanitarista Gonzalo Vecina Neto, dias depois de assumir o cargo.

Em debate sobre o futuro da Vigilância Sanitária, ele foi claro ao afirmar que "eu não sou do ramo" e que não possui um projeto para o setor, mas que pretende ouvir universidades, instituições e estudiosos do assunto para definir uma atuação para a área:

- Identifico algumas linhas de ação, como a utilização de Câmaras Técnicas, como a de medicamentos, que está funcionando bem e tem dado uma resposta boa. Essa seria uma alternativa a curto prazo. Estou pedindo a colegas que me ajudem a fazer um diagnóstico que aponte metas de curto prazo. As coisas têm uma dinâmica muito rápida na Vigilância Sanitária e tenho medo de cometer algum erro, particularmente em áreas sensíveis como a de sangue e hemoderivados.

Em relação à criação da Agência Nacional de Saúde, ele disse que pretende criar uma estratégia para discutir a proposta:

- Eu não conheço a FDA americana, não conheço a agência francesa, não conheço a agência espanhola, enfim, não conheço nenhuma agência. Só as de banco. Mas tem gente estudando isso profundamente e há uma proposta ficando pronta no Ministério.

Segundo ele, a proposta da Agência pode ser dividida em três pedaços: o conceitual (que envolve a missão da Agência), o pedaço administrativo e o de recursos humanos:

- No pedaço administrativo é essencial a autonomia gerencial, agilidade para compras, para contratar, para buscar assessorias, valor de dispensa de licitação que é o dobro da Lei 8.666, chegando a R$ 16 mil; modelo autáqruico com a mesma autonomia da administração direta, uma Diretoria que tem renovação periódica com estabilidade dos sete diretores durante o período de mandato, plano de carreiras inteligente para trazer pessoas e criar uma burocracia estável por concurso. Assim, embora não conheça outros modelos, estou bem impressionado com o desenho do pedaço administrativo do que será a Agência.

O Secretário prometeu que a proposta será colocada em discussão pública junto a universidades, indústrias e o conjunto da sociedade poderá opinar sobre a proposta dela:

- Vou propor ao Ministro da Saúde, inclusive, a realização, na Fiocruz, de um seminário para se discutir a proposta que vier a ser estruturada. No primeiro componente, relativo à missão da Agência, estamos perdidos. Aqui será fundamental a participação da sociedade para agregar as suas propostas naquilo que deve vir a ser um órgão central da vigilância sanitária e os respectivos papéis dos estados e municípios.

Em relação à interface da Vigilância com outros setores, Gonzalo Vecina disse que não tem opinião formada:

- Produtos, drogas e correlatos, serviços, saúde do trabalhador, na verdade o que compõem o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária? Como ficam as interfaces dentro do Sistema com o Ministério da Indústria e Comércio via Inmetro? E com o Ministério da Agricultura e do Meio Ambiente, incluindo o Ibama, todas as questões ligadas à água, lixo, etc? Como fica a interface com o Ministério do Trabalho na questão da saúde do trabalhador? E dentro do próprio Ministério da Saúde, com a Fundação Nacional de Saúde e Secretaria de Assistência à Saúde? São dúvidas para as quais ainda não encontrei resposta.

Para o Secretário, este é um momento importante para se repensar a questão da própria vigilância epidemiológica. Quanto ao espaço a ser ocupado pela Agência dentro das diretrizes da descentralização do sistema de saúde, ele afirma que "há experiências interessantíssimas que estão acontecendo a nível dos municípios, como vi agora no Congresso dos Secretáriios Municipais de Saúde de São Paulo. Até mesmo em municípios como Santos, onde houve uma mudança radical de governo nas últimas eleições municipais, se mantém até hoje um sistema de vigilância muito bom".

Em relação à exiguidade de tempo para se ampliar o debate junto às instituições e a sociedade, Vecina foi enfático:

- O atual momento impõe a nós, que militamos na saúde pública, uma questão sempre difícil de ser tratada, que é o fator tempo. Nossas discussões em geral são intermináveis. Desta vez, no entanto, teremos pouco tempo para discutir a Agência. Quero dizer, no entanto, que acredito ser possível realizar este debate no tempo necessário, pois acúmulo não nos falta. Acredito que no prazo de um a dois meses possamos ter uma proposta concreta.

Para ele, o Ministro José Serra está disposto a ouvir as instituições e os estudiosos do setor:

- Há a disposição do Ministro de encaminhar o projeto via Medida Provisória, o que faria a Agência entrar em funcionamento por volta de dezembro deste ano. É lógico que riscos haveremos de correr, no sentido do atabalhoamento da implantação da proposta. Mas talvez valha a pena.

Gonzalo fez questão de deixar claro "que não estou subordinando nenhum movimento de aprovação da Agência a estas audiências com instituições e técnicos com quem estamos querendo contato" e que a Agência será implantada no prazo devido mesmo que estes debates não sejam conclusivos.

Sobre o grande número de denúncias relativas à área, o Secretário viu nelas um fato positivo:

- As denúncias são importantes, devendo ser uma prática contínua da sociedade e das instituições. É fundamental chamar às falas o dirigente público sempre que ele estiver se desviando de seu papel de servir ao público. É uma colaboração fundamental. ■

"EPIDEMIOLOGIA ANTES, DURANTE E DEPOIS"

ROGÉRIO LANNES ROCHA

FOTO **ALVARO FUNCIA**

***"Sem agente de saúde, recapacitação e participação comunitária não há Saúde da Família"* • Capistrano**

Reunidos para abordar o tema

"A epidemiologia e os novos modelos de assistência à saúde", dois veteranos da saúde pública, José Carlos Seixas e David Capistrano da Costa Filho, defenderam a relevância da epidemiologia como base para a formulação e implementação de modelos assistenciais que busquem a atenção integral à saúde da população.

- Tenho a convicção de que é preciso novos modelos de assistência mais diversificados. Existem circunstâncias históricas muito claras mostrando que o velho, ou o atual, é insuficiente para a satisfação das novas necessidades sociais - iniciou José Carlos Seixas, da Superintendência de Controle de Endemias da Secretaria de Saúde de São Paulo.

Segundo ele, se o modelo assistencial não der conta das possibilidades e intensidades de risco geradas pelas circusntâncias de vida atuais da humanidade, "com seu aglomeramento e com a sua intensidade de comunicação", estas circunstâncias epidemiológicas que afetam a coletividade não serão satisfatoriamente enfrentadas e superadas, além de haver uma perda do controle sobre o que já foi objeto da assitência, surgindo quadros epidemiológicos que se supunha superados.

- Há uma visão ética na humanidade, hoje, de que a assistência tenha que ser integral para cada um e para todos e o modelo tradicional não vinha dando conta desta possibilidade - afirmou.

A mudança da assistência deve começar, em sua opinião, pela substituição do objeto para o qual está voltado o modelo.

- Deve haver uma mudança total, com a incorporação deste indivíduo no seu contexto social, como um objeto coletivizado. E é indiscutível que quem é capaz de embasar cientificamente esta possibilidade não são nem os processos mercadológicos, nem a busca de um detalhamento analítico comum na clínica e na cirurgia, mas a epidemiologia e a ecologia - entende Seixas.

Após uma breve explanação sobre o funcionamento e os resultados alcançados pelo Projeto Qualidade Integral em Saúde (Qualis) do Ministério da Saúde, implementado pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SES-SP), David Capistrano analisou o Programa de Saúde da Família (PSF) da SES-SP, por ele coordenado.

- Montamos um programa na cidade de São Paulo que garante a integralidade da atenção, que é um dos princípios do Sistema Único de Saúde. Mas o importante também é que a lógica e o método da epidemiologia participam antes, durante e depois neste novo modelo técnico-assistencial - avaliou.

FOTO **ALVARO FUNCIA**

"Há uma visão ética hoje de que a assistência deve ser integral para cada um e para todos" • Seixas

A epidemiologia está presente, segundo ele, no conhecimento preliminar dos indicadores e da realidade sanitária da população; no conhecimento específico da situação de cada área ou micro-área, através do cadastramento realizado pelos agentes comunitários de saúde; e também em todo o processo de avaliação do projeto.

- A lógica da epidemiologia é o coração da chamada lógica da saúde coletiva. No Programa de Saúde da Família, ela enfrenta o difícil convívio com a lógica da clínica, que é uma ciência do concreto singular, que tem máximas como "não há doenças, há doentes", ou "cada caso é um caso", o que também é verdade. De uma certa forma, o objeto de atenção do Programa é a coletividade, mas também as pessoas - explicou David Capistrano.

Em sua análise, isso demanda uma difícil mudança na prática dos médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, mas que tem sido facilitada pela introdução do agente comunitário de saúde nas equipes, que funciona como um elemento "perturbador", por ter a lógica do cliente, do usuário.

- Não queremos transformar o agente em auxiliar de enfermagem. O papel dele é estar integrado à comunidade e fazer a ponte entre suas necessidades e a equipe, mesmo com um certo grau de tensionamento, discutindo estes casos nas freqüentes reuniões de equipe e interferindo com seu conhecimento da realidade na solução das questões - afirmou David Capistrano.

Ele foi categórico: "sem o agente de saúde não há Programa de Saúde da Família". E destacou também a necessidade da recapacitação de todos os profissionais para este tipo de trabalho e a indispensável participação da população, "não como ornamento, mas através da mobilização e interferência dos moradores de cada comunidade".

OS RISCOS NA BUSCA DA VACINA

ÁLVARO NASCIMENTO

A busca de uma vacina eficaz contra a pandemia de Aids que se espalhou pelo mundo, que a princípio é encarada como passo essencial para se conter a proliferação da doença, pode vir a se transformar apenas em mais um dos inúmeros exemplos de iniquidade na distribuição de cuidados à saúde já existentes hoje entre ricos e pobres.

A afirmação é de José da Rocha Carvalheiro, do Instituto de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, que tem acompanhado de perto a evolução das negociações a nível internacional dos testes para se chegar a uma possível vacina contra a Aids.

Segundo ele, à medida em que a Aids se espalhou pelas várias regiões do planeta, surgiram inúmeras propostas de controle:

- O esforço para eliminar a discriminação e o estigma contra grupos específicos da população não foi capaz de evitar que as vítimas continuassem a ser criminalizadas, afirma Carvalheiro.

Ele cita o anúncio de idéias espantosas que tiveram sua utilização prática justiificada pelos "princípios de defesa sanitária":

- Inserem-se neste contexto o confinamento dos infectados, a quarentena de pessoas recém-chegadas do exterior, a exigência de exames sorológicos para migrantes ou candidatos a empregos. Finalmente, surge a proposta de se buscar uma vacina contra a doença, através de um esforço internacional.

Segundo ele, desde que se iniciaram estes esforços em prol de uma vacina, existem dúvidas a respeito de sua viabilidade:

- Não seria uma tarefa das mais simples inventar um agente imunizante contra a infecção por um vírus que atua precisamente nas células do sistema imunonógico. Por isso, estas dúvidas persistem em algumas cabeças, apesar de grandemente amainadas pelos avanços que já foram conseguidos, inicialmente em modelos animais utilizando macacos, chipanzés e posteriormente no homem.

De acordo com os estudos apresentados por José Carvalheiro, nos animais foi possível usar a tática do *desafio*, inoculando-os com vírus HIV vivos após terem sido "vacinados". Já no homem, após os ensaios clínicos para avaliar a segurança do procedimento (a chamada fase I) e comprovar a imunogenicidade (fase II), "não é possível propor desafios".

- Em respeito aos princípios éticos da pesquisa, diz ele, a solução é passar para ensaios em grande escala, de eficácia, no que seria a fase III.

Mas é justamente nesta fase que ele identifica problemas sérios no processo que poderá levar à vacina:

- A proposta eticamente viável desloca o problema para outro âmbito, sem no entanto resolvê-lo. Em vista das dúvidas persistentes a respeito dos riscos para os voluntários inoculados, países industrializados negaram durante muito tempo autorização para a realização de testes em seus territórios. No momento atual, essa proibição já não existe e voluntários norte-americanos e tailandeses, pertencentes a grupos de alta vulnerabilidade, estão sendo inoculados com um produto *candidato a vacina*. O mundo acompanha com atenção redobrada esta iniciativa, que pode ser encarada como passo essencial para se conter a epidemia, mas que também pode vir a se transformar em uma nova manifestação da iniquidade no tratamento a ricos e pobres que vivem em nosso planeta - diz Carvalheiro.

Para se ter uma idéia da polêmica existente sobre o assunto, ele cita o exemplo de que há uma proposta de se exigir um tratamento com medicamentos de última geração e assistência completa com o que existe de mais avançado até então descoberto para os voluntários que participarem dos testes da vacina anti-HIV, mesmo que eles vivam em países pobres, e que venham eventualmente a se infectar.

Enquanto parte dos cientistas e autoridades acham a proposta justa (na medida em que estes voluntários estariam colaborando para o bem estar e a qualidade de vida do conjunto dos habitantes do planeta), outros defendem que, caso se infectem, estes voluntários devam ter a assistência já assegurada ao conjunto das populações de seus países, sem maiores "regalias". ■

FOTO **ALVARO FUNCIA**

"A proposta eticamente viável desloca o problema para outro âmbito, sem no entanto resolvê-lo" • **Carvalheiro**

A cronologia da Aids

1981
Os Centros de Controle de Doenças e Prevenção (CDCS) dos EUA relatam os primeiros casos de "câncer gay" e Grid (Imunodeficiência relacionada aos gays).

1983-1984
São identificados os agentes etiológicos da doença: LAV e HTLV-III

1987
Passa-se a usar o AZT

1991
Passa-se a usar o DDI

1995
Surge o Saquinavir

1996
Surge o Ritonavir e o Indinavir

A SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

A epidemia de Aids passou a ter como característica no Brasil a interiorização (já são 2.400 os municípios que registram a presença do doença), a feminilização (com o crescimento do número de casos entre as mulheres) e a pauperização (com a elevação de casos na população mais carente).

A conclusão é do epidemiologista Euclides Ayres de Castilho, da Divisão de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids do Ministério da Saúde, com base na "Avaliação da Situação Epidemiológica da Aids", tema de sua palestra no Congresso de Epidemiologia.

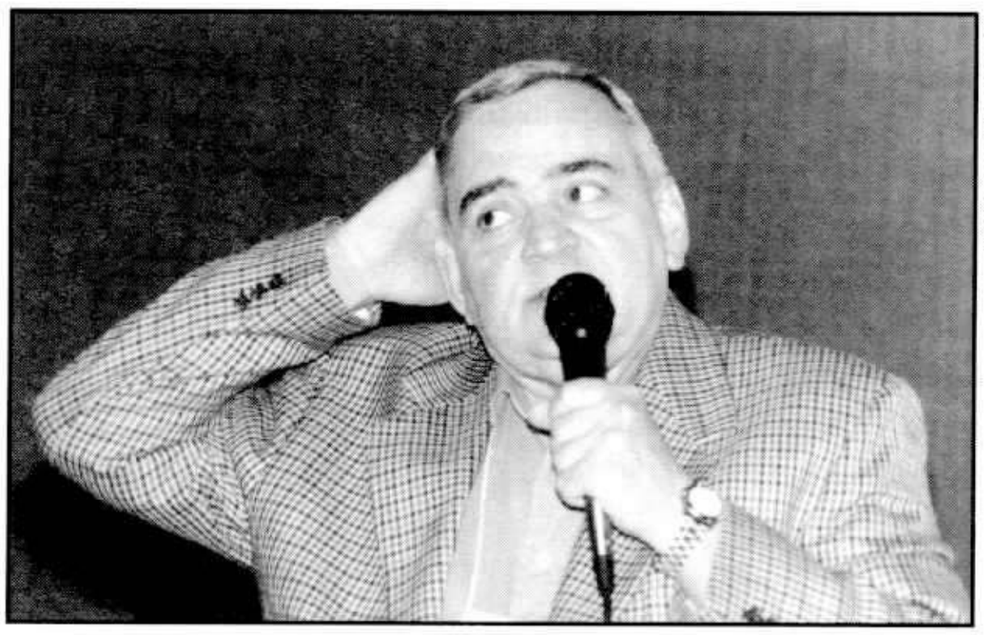


FOTO ALVARO FUNCIA

Euclides Castilho: ***interiorização, feminilização e pauperização da epidemia de Aids.***

Segundo ele, no Brasil já são 56 mil os pacientes em tratamento e a subnotificação hoje é pequena devido ao impacto trazido pela distribuição gratuita dos medicamentos.

Euclides apresentou uma série de dados sobre a expansão da Aids no Brasil e no mundo, incluindo estimativas da Organização Mundial de Saúde e da Unaids em relação aos novos casos registrados em adultos e crianças; e o número de mortes causadas pela Aids, ambas durante o ano de 1997.

Ele anunciou que novos dados e a política que está sendo desenvolvida pelo Brasil na área pode ser encontrada no endereço eletrônico **http:\\www.aids.gov.br**, mantido pela Divisão de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (DST) do Ministério da Saúde. ■

Número estimado de mortes por Aids em adultos e crianças - 1997

América do Norte - 44 mil
Caribe - 45 mil
América Latina - 160 mil
Europa - 30 mil
Leste Europeu e Ásia Central - 100 mil
Leste da Ásia - 180 mil
Sul da Ásia - 1,2 milhão
Austrália e Nova Zelândia - 600
Norte da África - 19 mil
África Sub-Sahariana - 4 milhões

Fonte: Unaids/ONU e OMS

Número estimado de mortes por Aids em adultos e crianças - 1997

América do Norte - 29 mil
Caribe - 18 mil
América Latina - 81 mil
Europa - 15 mil
Leste Europeu e Ásia Central - < 1 mil
Leste da Ásia - 5 mil
Sul da Ásia - 250 mil
Austrália e Nova Zelândia - 700
Norte da África - 13 mil
África Sub-Sahariana - 1,8 milhões

Fonte: Unaids/ONU e OMS

SOBREVIDA: HOSPITAL ANALISA 927 CASOS

Estudo realizado por profissionais do Serviço de Epidemiologia do Hospital dos Servidores do Estado, no Rio de Janeiro, mostra que a sobrevida média geral dos pacientes portadores do vírus da Aids é de 1.366 dias a partir da data do diagnóstico. Uma comparação da curva de sobrevida levando em consideração o sexo, a idade e a presença ou não de qualquer forma de tuberculose, mostra que o sexo masculino (83,5% dos casos) apresenta um tempo médio de sobrevida de 1.332 dias e o feminino de 1.534.

Em relação à idade, a sobrevida média dos pacientes foi de 1.227 dias para casos notificados com 35 anos ou mais (51,3% da amostra) e de 1.465 dias para aqueles abaixo de 35 anos.

Já em relação à tuberculose (31,93% dos casos), a sobrevida média foi de 1.321 dias, enquanto nos pacientes sem tuberculose foi de 1.368 dias.

Para Haroldo Matos, que apresentou a análise no Congresso de Epidemiologia, "embora esses dados não tenham apresentado significância estatística quanto à comparação dos tempos de sobrevida, representam um dado básico importante para análises mais aprofundadas por intervalos de tempo, bem como para linha de base em função de novas variáveis importantes do ponto de vista biológico". Para ele, o estudo - que analisou a sobrevida de 927 pacientes do HSE - "pode servir de parâmetro adicional na atenção à saúde a nível hospitalar". ■

FOTO ALVARO FUNCIA

"Estudo do HSE serve de parâmetro adicional à atenção hospitalar a soropositivos" • **Haroldo Matos**

S. PAULO E SALVADOR CONTABILIZAM GRANDE ELEVAÇÃO DE MORTES VIOLENTAS

FOTO ALVARO FUNCIA

"Entre as mortes por causas externas, os homicídios chegam a 50%" • **Vilma Gawryszewski**

Duas grandes cidades brasileiras estão enfrentando um dos mais sérios problemas de saúde pública, com destaque nos dias atuais: a violência. Estudos realizados por diferentes equipes de profissionais de saúde em Salvador (BA) e São Paulo (SP) demonstram que o quadro de morbidade e mortalidade vem paulatinamente se agravando.

Em Salvador, a pesquisa sobre a distribuição espacial e a evolução da mortalidade devido às chamadas "causas externas" centrou sua atenção sobre as crianças e adolescentes. Realizada por Andréa Barbosa e Jairnilson Paim (ambos do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, com o apoio da OPAS e do CNPq), o estudo mostra que a mortalidade por causas violentas comporta-se de modo semelhante à de outros centros urbanos, sendo necessário conhecer essas populações mais expostas ao risco a fim de discutir e planejar medidas de combate ao problema.

Andréa Barbosa conta como a pesquisa foi realizada:

- Foram utilizadas informações do banco de dados do Laboratório de Informática em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia para os anos de 1988, 1991 e 1994. Os dados foram obtidos a partir das Declarações de Óbito de residentes em Salvador na faixa etária de zero a 19 anos. Para os anos de 1991 e 1994, no caso das mortes violentas, foi feita uma pesquisa nos arquivos do Instituto Médico Legal Nina Rodrigues, a fim de se obter algumas informações complementares que pudessem elucidar as causas de morte violenta classificadas como "outros acidentes" para que, a partir destes dados, pudessem ser recodificadas.

FOTO ALVARO FUNCIA

"Estudo sugere maior risco para os residentes nas áreas de baixa renda" • **Andréa Barbosa**

Pelos números levantados, a população do sexo masculino permanece sendo a mais atingida, principalmente entre 15 e 19 anos. Os homicídios e acidentes de transporte, nesta ordem, ocupam lugar de destaque entre os tipos de causas externas e ambos apresentam coeficientes em elevação. O sexo masculino detém coeficientes por homicídios 11 vezes maiores que o feminino e também a faixa etária de 15 a 19 anos permanece como a mais atingida. A mortalidade por suicídios, apesar de não se apresentar entre os maiores coeficientes, cresceu 233% entre 1991 e 1994.

Já a distribuição espacial dos óbitos segundo as diferentes regiões da cidade de Salvador sugere um maior risco para os residentes das áreas de mais baixa renda, evidenciando a necessidade de ações imediatas de prevenção e controle.

O estudo realizado por Vilma Gawryszewski (da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo) em relação às mortes advindas das "causas externas" (homicídios, acidentes de trânsito, suicídio, etc.) se voltou para a construção de uma nova proposta para a vigilância epidemiológica dos homicídios na cidade de São Paulo. Além da Secretaria de Saúde, a pesquisa envolveu dados levantados na Secretaria de Segurança Pública e na Secretaria de Justiça.

- Nós estabelecemos um grupo de trabalho das três secretarias, faculdades de saúde pública e órgãos da Prefeitura da capital, que acompanharam e apresentaram sugestões - explica Vilma. Com base nas Declarações de Óbito, Laudos de Necrópsia e Boletins de Ocorrência Policiais, foi elaborado um software capaz de interligar as informações contidas nestes documentos, de forma a facilitar a manipulação dos dados relativos à violência.

Entre os meses de julho e setembro de 1997, o estudo analisou 1.490 mortes violentas ocorridas na cidade, distribuindo-as de acordo com atributos pessoais, locais da ocorrência e de residência da vítima e outros fatores.

Segundo Vilma, "desde o início dos anos 90, os homicídios são responsáveis por cerca de 50% das mortes por causas externas, contabilizando um crescimento fantástico de 750% no número de casos nos últimos 35 anos".

Foi devido à magnitude do problema que a Secretaria Estadual de Saúde estabeleceu como prioridade a necessidade de se desenvolver um projeto de vigilância epidemiológica para os homicídios, com o objetivo de estabelecer os principais fatores de risco e propor ações visando o seu controle.

Como meta a ser alcançada foi definida a necessidade de unificação das informações estatísticas oriundas das diversas fontes utilizadas na pesquisa, envolvendo todas as instituições cujo objeto de trabalho as aproxima da questão da violência e suas consequências para a saúde da população.

FIOCRUZ

RADIS

Nº 16 • OUTUBRO/98

EPIDEMIOLOGIA DA ESPERANÇA

O Estudo das Doenças e o seu Comportamento sobre a População

DE

A com

Ø fundamental

com as questões

ambiente. A afirmação

lo Saldiva (da USP),

'Saœde e Ambiente: Contri

Epidem tou um

vando q hA u rolo entr o aumento d

casos de mortes por problemas respiratórios

na dade S Paulo as

xas de poluição.

B citou e inferna

servirem de exemplo à pesquisa feita na capi-

tal paulista. O primeiro publicado

do meio

Pau-

redonda

da

EPIRIO 98

IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia

FOTO CAO XAVIER

NAOMAR DE ALMEIDA FILHO

CONSTRUINDO O PARADIGMA DA COMPLEXIDADE

"Paradigma é uma palavra que está na moda", diz Naomar de Almeida Filho, professor da Universidade Federal da Bahia, "e vem sendo usada para significar qualquer coisa. 'Complexidade' é outra palavra que tem sido muito usada. Logo, ao dizer 'paradigma da complexidade', você está duas vezes na moda", conclui o professor, fazendo uma pilhéria com o título de sua conferência e arrancando risos da audiência.

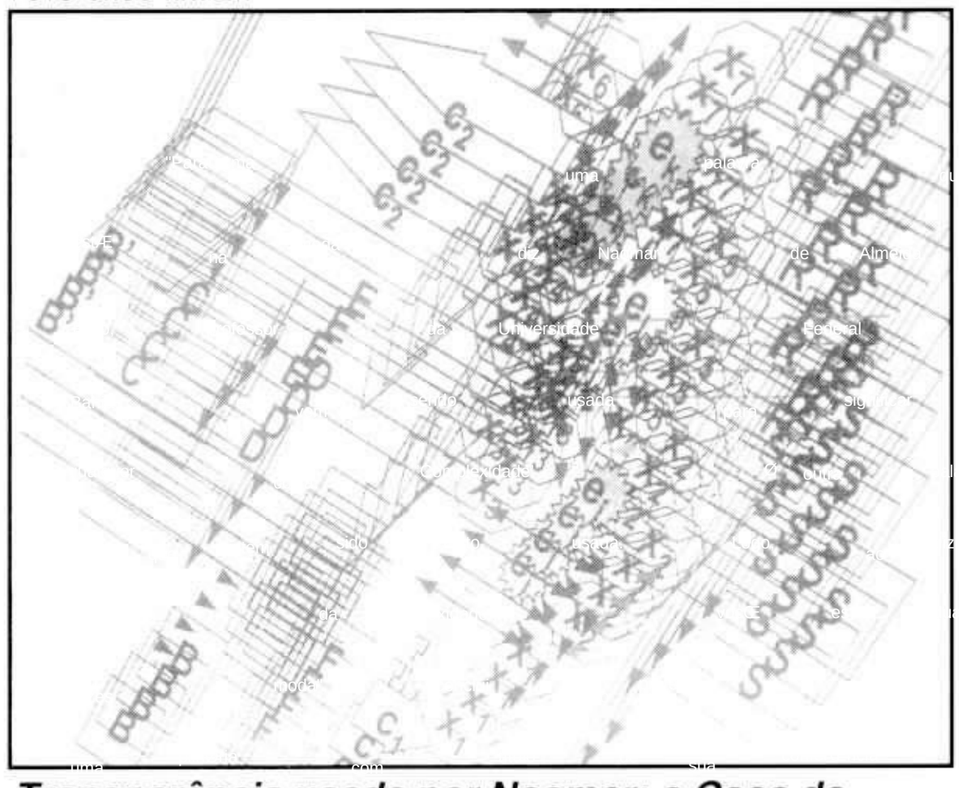
Utilizando divertidos - e didáticos - recursos visuais para ilustrar seu ponto de vista, Naomar conseguiu, em pouco mais de uma hora, fornecer um panorama bastante completo acerca do uso de modelos complexos e contextualizados na pesquisa em saúde pública. Ele parte do princípio, ressaltando o verdadeiro sentido do termo 'paradigma':

- O fato de alguma novidade ocorrer não faz com que isso seja encarado como uma mudança de paradigmas, mas muita gente tem falado assim. A verdade é que ninguém pode, hoje em dia, 'prescrever um novo paradigma'.

Para Naomar, paradigma não é uma teoria, não é um conjunto de hipóteses e não corresponde a uma pauta de pesquisa. "Já ouvi até pessoas dizerem 'o paradigma da saúde pública' em lugar de simplesmente campo da saúde pública", diz ele.

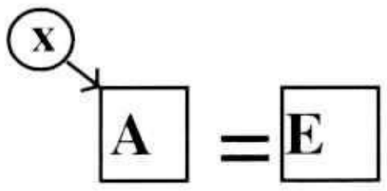
O professor acha necessário que esse termo seja bem situado para que se possa vir a entender - dentro de um processo de modelagem - como integrar, reconhecer e definir o outro termo da moda: complexidade.

FOTO **CACO XAVIER**



Transparência usada por Naomar: o Caos da relidade, nível 5 de complexidade

A partir daí, Naomar começa a expor, segundo um modelo simples, de que modo as situações vão sendo acrescidades de complicações, e em que nível. O início de tudo é um sujeito **A** que, através da atuação de um elemento **x** vem a se tornar um sujeito **E**.



O primeiro nível de complicação seria a pura e simples multiplicação desse elemento x. Agora, **A** passaria a sofrer a influência não só de **x**, mas de **x1**, **x2** e **x3**. Citando como exemplo o modelo causal (clínico-epidemiológico) da contaminação pelo vírus HIV, o professor chega a um modelo complexo de primeira ordem, onde há uma hierarquização das complicações, já que os fatores **x** atuam sobre os sujeitos e também sobre outros fatores **x.** Se enxergarmos o mesmo risco de contaminação da Aids segundo uma análise sócio-epidemiológica, veremos que esse risco é resultante de uma série de variáveis que interagem, como o fato de se fazer sexo sem proteção, práticas sexuais de risco, partilha de seringas, etc. Além da hierarquização, aí já notamos uma diversidade de nexos.

Naomar continua acrescentando níveis de complexidade aos seus diagramas: além da interação entre os fatores de risco, agora vemos diversidades de nexos, a introdução da variável emergência e, por fim, o próprio questionamento dos limites. O último diagrama, equivalente ao nível 5 de complexidade, é este aí ao lado: o caos.

- A realidade é esse caos, onde vivemos e trabalhamos. E a maneira de formalizar esse caos está além de nossos instrumentos - diz o professor, afirmando que o instrumental de finalização matemática de que dispomos hoje tem limitações muito claras. Segundo ele, a partir do nível 3 de complexidade (a emergência), ele já começa a ter problemas, "sendo que quando chegamos ao nível 5 ele se torna completamente inútil".

FOTO **CACO XAVIER**

"Só há um meio de transformar o caos da realidade: através da prática cotidiana" **• Naomar de Almeida**

Mas Naomar lembra que o caos aparente, bem trabalhado, poderá levar à ordem, e que complexidade é bem mais do que isso:

- Complexidade não é sinônimo de processos ordenados a partir da desordem, mas uma idéia de reconstrução dos processos de modelagem, e isso também tem um limite.

Alguns níveis avançados de complexidade podem vir a comportar o chamado sistema de lógica Fuzzy *(ver página 19)*, e é possível, segundo Naomar, organizar alguma lógica consistente. "O que não é possível incorporar", continua ele, "são os fractais e a emergência".

O professor acrescenta que só há um meio de aprender a transformar essa realidade-caos que é o objeto de nosso trabalho: através da prática cotidiana.

- Minha intenção é, através desse 'jogo visual', mostrar que se a gente aprofunda o nível de complexidade em algum momento vamos perceber que todo o nosso instrumental não dá mais conta do que necessitamos. A partir disso, alguém poderá dizer: "Ei, mas isso não é mais epidemiologia!" E está certo. Então precisaremos criar outras formas de saber - aponta Naomar. ■

HOUVE DEMORA EM SE ENXERGAR A AIDS COMO UMA PANDEMIA

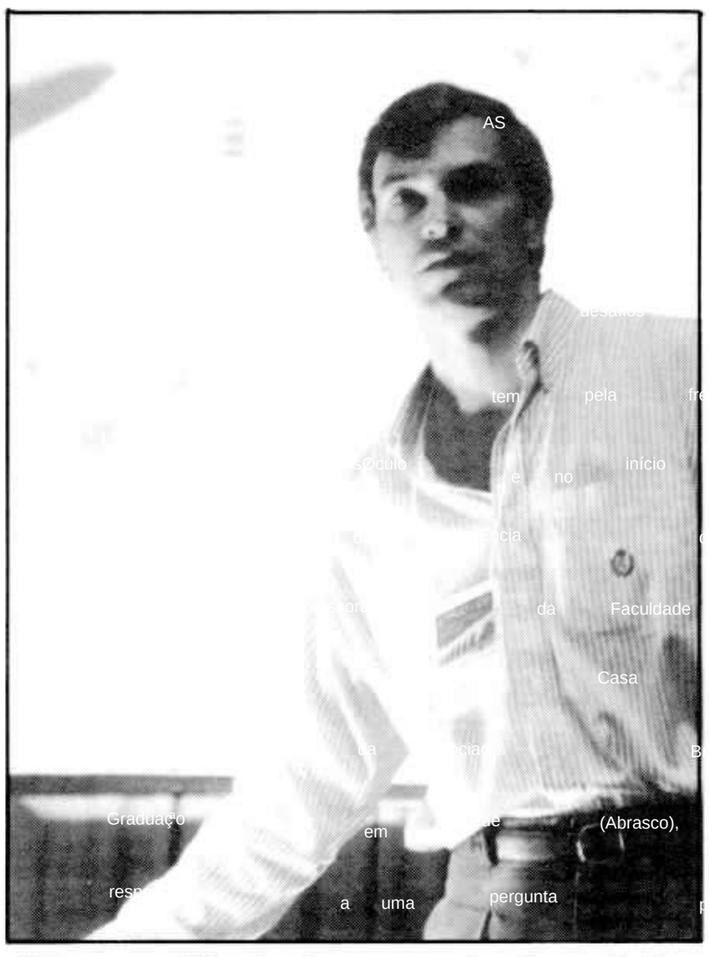
Muita coisa mudou, desde os primeiros casos registrados de Aids no Brasil até os dias de hoje. Do impacto inicial que gerou o discurso sobre a 'peste do final dos tempos' à desenfreada busca de vacinas e drogas para o tratamento, a doença provocou inúmeras e profundas modificações nos conceitos e no comportamento de diversas populações, num período de tempo relativamente curto.

O estudo da difusão da Aids no País é hoje inestimável para a compreensão acerca do modo como essa disseminação se deu, em que velocidade e em que direção. Paulo RobertoTelles, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), vem desenvolvendo esse estudo há cerca de dois anos, e afirma que ainda há uma grande diversidade no modo como a epidemia se difunde no Brasil:

- A análise dos dados espaciais, tendo em conta as diversas regiões brasileiras, mostra que em algumas delas a difusão se dá segundo uma estrutura hierárquica, típica das regiões em que a Aids se instalou há pouco tempo. Aí, os casos se concentram nos grandes municípios, normalmente afastados geograficamente mas com grande interação social com outras áreas de alta soroprevalência.

Paulo explica que em outras regiões há predominância da difusão por contágio, típica das regiões atingidas há mais tempo, onde os casos se expandem dos grandes epicentros da epidemia para regiões vizinhas, com gradientes cada vez menores em relação à distância que se encontrem desses epicentros.

FOTO **CACO XAVIER**



"O conceito de 'grupos de risco'foi um crime" • **Paulo Telles**

Segundo o pesquisador, os primeiros casos da Aids surgiram no Brasil no início da década de 80, nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro. "Este", diz ele, "pode ser considerado o primeiro momento da epidemia". Em meados desta década, a epidemia entra em seu segundo momento, expandindo-se com grande velocidade por quase todas as metrópoles do país e municípios de maior porte, especialmente na região sudeste, no estado de São Paulo em particular. Finalmente, em seu terceiro momento de expansão, a epidemia tem um amplo avanço geográfico, intensificando-se nas regiões já afetadas e atingindo municípios de menor porte. Este fenômeno foi chamado de 'interiorização da Aids'.

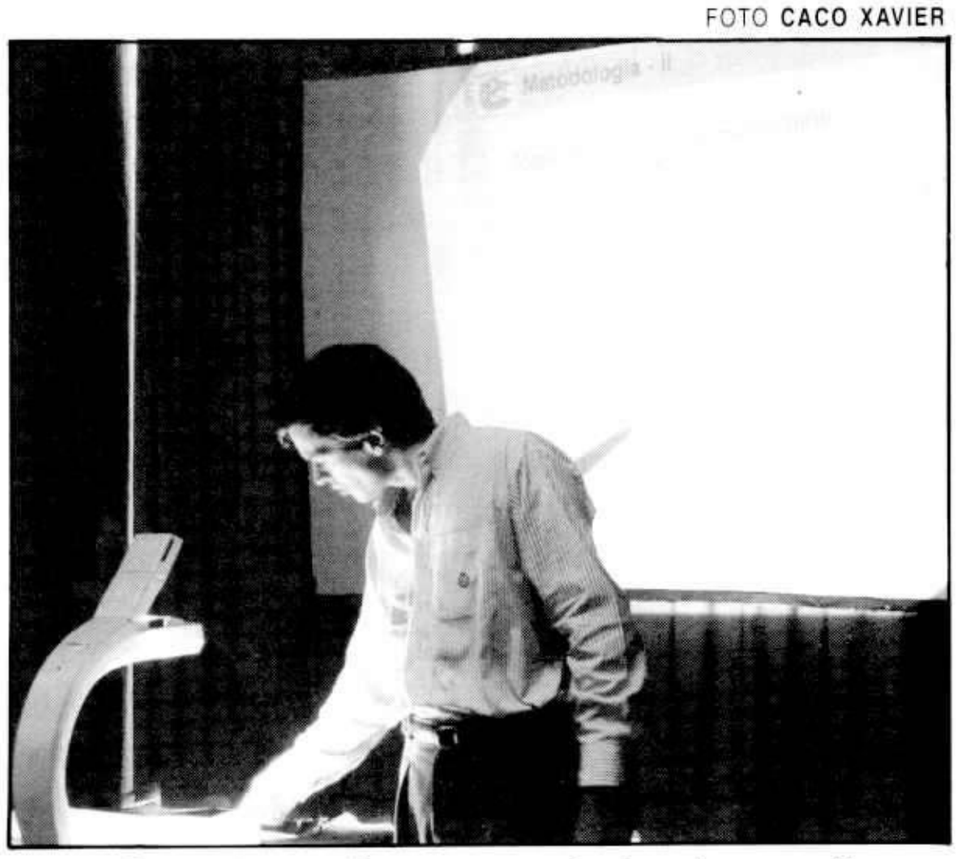
- Muitos começaram a confundir esse termo com uma suposta 'ruralização', o que é um grande equívoco. A 'interiorização' não significa que a epidemia alcançou o campo, mas sim que alcançou uma grande área do país, grandes cidades do interior - explica Paulo.

O estudo avalia também as categorias de exposição à infecção do HIV, e nota-se aí algumas peculiaridades:

- No início da epidemia, era maior o crescimento de casos da Aids entre os que pertenciam à categoria de exposição homossexual. No começo dos anos 90 houve um maior crescimento relativo aos casos decorrentes do uso de drogas injetáveis e, mais recentemente, os casos de Aids apresentaram maior crescimento relativo à categoria de transmissão heterossexual.

Paulo Telles diz que o grande crime no tratamento da epidemia nos primeiros anos foi a disseminação do conceito dos 'grupos de risco'. "Isso levou a população a enxergar a Aids como doença de homossexuais e prostitutas, e que não atingiria 'pessoas normais'. Demorou-se muito para que se tratasse da Aids como o que ela realmente é, uma pandemia", completa.

FOTO **CACO XAVIER**



"Quando analisamos os dados de que dispomos hoje, na verdade estamos vendo a Aids de dez anos atrás" • **Paulo Telles**

Para o pesquisador, estudar a epidemia é como olhar para as estrelas, "estamos sempre atrasados em relação ao que vemos":

- O vírus tem um longo tempo de incubação. Quando finalmente olhamos para os dados que temos hoje, na verdade estamos vendo a Aids de dez anos atrás. Isso sem levar em conta a subnotificação, um dos grandes problemas da pesquisa epidemiológica, notadamente no caso da Aids que, por ser ainda uma síndrome estigmatizada socialmente, favorece a ocultação de casos.

O uso de seqüências de mapas mostrando a evolução da Aids através dos anos permite, segundo Paulo, uma avaliação qualitativa da expansão da epidemia. O uso de modelos matemáticos mais complexos permitiria uma melhor avaliação quantitativa desse processo. Para ele, essas análises podem fornecer úteis informações para ações de prevenção e combate à epidemia:

- Esse é um trabalho sem fim, a ser constantemente realimentado de dados. Eu gostaria de iniciar agora um estudo que analisasse de que modo essa expansão se deu em cada região e em cada momento, no que toca à forma de transmissão do vírus: uso de drogas injetáveis, via sexual, sangue infectado, etc. Penso que seria um estudo muito útil para instrumentalizar decisões para alocação de recursos, sempre escassos na área da saúde pública - conclui Paulo Telles. ■

TUBERCULOSE

ABANDONO E INEFICIÊNCIA DOS SERVIÇOS

É preciso elevar a eficiência das unidades de saúde voltadas para o atendimento do tuberculoso, pois o reingresso no sistema está associado tanto ao abandono precoce do tratamento por parte do paciente como à falência da rotina dos serviços de saúde. A conclusão é do estudo realizado por Helenice Oliveira (da Unicamp), junto a pacientes atendidos nas unidades de Campinas (SP).

Segundo levantamento realizado por ela, o reingresso no tratamento tem dez causas principais: faltas do paciente às consultas, reações colaterais à medicação, uso irregular do medicamento (falha na ingestão diária ou dosagem equivocada), falha no serviço (falta do médico ou de orientação ao paciente), não ingestão da medicação, dose inferior à preconizada pela prescrição, falta de fornecimento da medicação, retirada precoce do esquema terapêutico, internação e realização de agendamento de nova consulta em períodos incompatíveis com o da prescrição do medicamento.

Outro estudo relativo à tuberculose foi realizado em Salvador (BA) e concluiu ser necessário melhorar em muito o fluxo e a qualidade da informação contida na ficha compulsória de notificação, para que se tenha conhecimento exato do perfil epidemiológico da doença e seja possível tomar medidas concretas para seu controle.

Segundo Maria Ichihara, que juntamente com outros profissionais da Fundação Nacional de Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde e do Instituto de Saúde Coletiva da UFBa participou do levantamento, "a classificação da qualidade da informação encontrada nos prontuários médicos registrou 34% delas como satisfatória; 36,3% como regular e 29,7% como ruim, sendo estes últimos aqueles que não possuíam qualquer dado relativo à doença ou ao paciente". O estudo mediu, ainda, tanto a eficácia da vacina BCG quanto a qualidade da organização dos serviços de saúde voltados para o controle da doença. ■

FOTO ALVARO FUNCIA

"Melhorar o sistema de informação sobre a tuberculose é essencial" • **Maria Ichihara**

AUTO-SUFICIÊNCIA EM VACINAS

INSTRUMENTO ESSENCIAL À SAÚDE

O enorme acúmulo de conhecimentos científicos e tecnológicos acumulados nos últimos anos e a mobilização de várias agências internacionais em prol do desenvolvimento de novas vacinas, tem permitido um acelerado avanço nas pesquisas de novas vacinas. Tecnologicamente mais complexas, elas produzirão menos reações adversas, serão mais eficazes e serão apresentadas em forma combinada, com múltiplos antígenos. Os laboratórios nacionais somente terão condições de sobreviver se fortalecerem a atividade de desenvolvimento tecnológico e se incorporarem novas tecnologias e novos produtos em sua linha de produção.

A opinião é de Akira Homma, Vice-Presidente de Produção e Desenvolvimento da Fundação Oswaldo Cruz, para quem a prevenção das doenças via vacinação e a proteção imunobiológica da população é reconhecidamente um dos programas de saúde pública de melhor custo-benefício em um país como o Brasil.

Akira diz que o Programa Nacional de Auto-suficiência em Imuno-biológicos, hoje na Fundação Nacional de Saúde, foi criado em função da crise de abastecimento de sôros hiper-imunes de uso terapêutico e vacinas. Desde a sua criação, em 1985, apoiou a modernização e o fortalecimento dos laboratórios nacionais produtores de vacinas essenciais para o Programa Nacional de Imunização e de soros de uso terapêutico, financiando e garantindo o atendimento prioritário do mercado nacional.

Com quase 15 anos de existência, ainda que tenha conseguido apenas resultado parcial, são evidentes alguns importantes resultados conseguidos pelo Programa, afirma Akira:

- Na área de vacinas, é importante mencionar a existência de produção por quatro laboratórios públicos - o Butantan, o Tecpar, Bio-Manguinhos e a Fundação Ataulfo de Paiva - das vacinas DTP; DT; TT; BCG; Febre Amarela; Sarampo; antirábica, Meningite menigocócia, soro-grupos A/C e Hepatite B/recombinante. Estes laboratórios se preparam para produzir outras vacinas como a tríplice viral (Sarampo, Caxumba, Rubeola), vacina conjugada Hib, Meningite meningocócica B e C, vacinas combinadas DTP+Hib e outras importantes para o PNI. ■

FOTO ALVARO FUNCIA

"Precisamos definir as vacinas prioritárias para o País" • **Akira Homma**